

**FoUU-enheten**

**Psykiatri, habilitering och hjälpmedel**

FoU-rapport 4/2024

# **Prolonged Exposure (PE) för patienter med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)**

**Utvärdering av ett intensivt behandlingsupplägg  
(iPE) inom öppenvårdspsykiatri Malmö Trelleborg**

<b>Verksamhetsområde:</b>	Vuxenpsykiatri Malmö Trelleborg Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne
<b>Enhet:</b>	Vuxenpsykiatrimottagning emotionell instabilitet Malmö, Team självskada
<b>Projektansvarig chef:</b>	Robin Åkerlund, enhetschef <a href="mailto:Robin.Akerlund@skane.se">Robin.Akerlund@skane.se</a>
<b>Projektets medarbetare:</b>	Marie Svensson, specialistpsykolog <a href="mailto:Marie.EL.Svensson@skane.se">Marie.EL.Svensson@skane.se</a>
<b>Handledare vid FoU-enheten:</b>	Åsa Waldo, fil dr, hälso- och sjukvårdsstrateg <a href="mailto:Asa.Waldo@skane.se">Asa.Waldo@skane.se</a>
<b>Utgivning:</b>	April 2024
<b>ISBN:</b>	978-91-989047-3-4
<b>Layout:</b>	Kommunikationsenheten

FoUU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom psykiatri och habiliteringen. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoUU-enheten för att få ytterligare information. Vid referens till rapporten ange: Svensson, M. (2024). *Prolonged Exposure (PE) för patienter med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)*. FoU-rapport 4/2024, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne

# Sammanfattning

Syftet med studien är att pröva och utvärdera en intensiv form av Prolonged Exposure (PE) för patienter med PTSD vad gäller behandlingens effekt och hur den upplevs ur behandlar- och patientperspektiv. PTSD innebär stort lidande för den som drabbas och det är ofta långa väntetider till effektiv behandling. Dessutom råder en del osäkerhet bland behandlare kring behandling av patienter med PTSD och komplex PTSD.

Intensiv Prolonged Exposure (iPE) prövades på två öppenvårds-mottagningar inom vuxenpsykiatri i Malmö under 2022/23 och utvärderades av sammanlagt 16 patienter och elva behandlare.

Resultatet ger stöd för att iPE är en effektiv och säker behandling att erbjuda patienter med PTSD och komplex PTSD (ICD-11s definition). Mer än hälften av patienterna fick PTSD-diagnosen avskriven. Resultatet visar att 15 av 16 patienter uppnådde kliniskt signifikant minskning av PTSD-symtomen. Förbättringen kvarstod och kunde bekräftas sex månader senare.

Behandlingen upplevdes som hjälpsam av patienterna och likvärdig eller bättre än ordinarie behandling av behandlarna.

**Förväntad nytta** för patienten är tillgång till en effektiv behandling som minskar eller tar bort PTSD-symtomen, och relaterad problematik såsom depression.

# Förord

Förvaltningen Psykiatri, habilitering och hjälpmedel ska med professionella insatser arbeta för att åstadkomma hälsa i livets alla skeden för barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. I samarbetet mellan FoUU-enheten (Forskning, Utveckling, Utbildning) och verksamheterna sker en ständig granskning av nya och rådande metoder för att kontinuerligt kunna förbättra kvaliteten i de olika insatserna.

FoU-rapporterna syftar till att stödja en evidensbaserad praktik, att stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling samt att skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande. Rapporterna utgår från en frågeställning i praktiken som leder till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att redan i ett tidigt stadium påbörja implementeringen. Detta görs genom att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

I detta arbete har behandling av vuxna patienter med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) studerats. Projektet har genomförts av specialistpsykolog Marie Svensson vid Vuxenpsykiatrimottagning emotionell instabilitet i Malmö. Hälso- och sjukvårdsstrateg fil dr Åsa Waldo har varit handledare. Arbetet har genomförts med stöd från enhetschef Robin Åkerlund och verksamhetschef Hans Brauer. Det har genomförts och delvis finansierats med stöd av FoU-medel.

Vi riktar ett tack till de patienter och behandlare som deltog i projektet och som bidrog med sina synpunkter på behandlingen. Ett speciellt tack till psykologerna Frida Forsman och Frida Sjö Dahl som bidrog stort till att projektet kunde genomföras på respektive mottagning.

Lund april 2024

Charlotta Sunnqvist  
Specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, docent  
Chef för FoUU-enheten  
Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

## Innehållsförteckning

<b>1. Bakgrund</b> .....	<b>6</b>
1.1 Rekommenderad behandling vid PTSD.....	7
1.2 Hinder för implementering av PE.....	8
1.3 PE i intensivt upplägg.....	9
<b>2. Syfte</b> .....	<b>10</b>
<b>3. Metod</b> .....	<b>10</b>
3.1 Beskrivning av studien.....	10
3.2 Deltagare.....	12
3.3 Materialinsamling.....	13
3.4 Analys.....	14
3.5 Etiska överväganden.....	14
<b>4. Resultat</b> .....	<b>16</b>
4.1 PTSD.....	16
4.2 Mående.....	19
4.3 Patientens upplevelse.....	21
4.4 Behandlarnas upplevelse.....	24
<b>5. Diskussion</b> .....	<b>26</b>
<b>6. Slutsatser</b> .....	<b>28</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>29</b>
<b>Bilagor</b> .....	<b>34</b>
Bilaga 1: Checklista.....	34
Bilaga 2: Skattningsinstrument.....	40
Bilaga 3: Frågeformulär patienter.....	42
Bilaga 4: Frågeformulär behandlare.....	44
<b>Tidigare publikationer</b> .....	<b>46</b>

# 1. Bakgrund

Under en livstid kommer de flesta någon gång att vara med om en potentiellt traumatisk händelse (Kessler et al., 1995). Det kan handla om hot, allvarlig skada, sexuellt våld eller plötslig eller våldsamt död. I de allra flesta fall sker en naturlig återhämtning under de första dagarna eller veckorna efter att händelsen inträffat (Rothbaum et al., 1992). För en tredjedel ungefär kommer de typiska tecknen på trauma däremot inte att avta (Kessler et al., 1995) och det kan då handla om posttraumatiskt stressyndrom, PTSD (Rothbaum et al., 1992).

Huvudsymtomen vid PTSD utgörs av fyra symtomkluster som omfattar: 1) återupplevande av traumat, 2) undvikande av platser, situationer och annat som påminner om traumat, 3) överspändhet, samt 4) kognitiva och affektiva symtom som finns närvarande åtminstone en månad efter den traumatiska händelsen. Dessa symtom behöver orsaka signifikant lidande och begränsa vardagen inom flera livsområden för att räknas som PTSD (Kessler, 2000). I den nuvarande klassifikationen av PTSD i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, APA, 2013), finns syndromet under "trauma och stressrelaterade syndrom" och uppges kunna inträffa efter "exponering för faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld" (Kriterium A, s. 125, APA, 2013).

I den elfte revisionen av International Classification of Diseases (ICD-11), beskrivs *komplex PTSD* (CPTSD; World Health Organization, WHO, 2019), en syskondiagnos till PTSD. Den komplexa formen av PTSD innebär att patienten behöver uppfylla huvudsymtomen för PTSD samt ha störningar i självorganisationen (disturbances in self-organization, DSO) (Maercker et al., 2013). I korthet omfattar DSO svårigheter med känsloreglering, interpersonella problem och negativt självkoncept (en negativ uppfattning om sig själv) (WHO, 2019). I korthet omfattar komplex PTSD de som har varit med om svår, upprepade eller tidig traumatisering.

I befolkningsstudier har livstidsprevalensen för PTSD pekats på att mellan 2–7 procent i västvärlden uppfyller kriterier för syndromet (Kessler et al., 2005). I en svensk enkätstudie uppskattades att 5,6 % uppfyller diagnoskriterierna för PTSD någon gång under sin livstid, och att det finns en skillnad mellan könen där 3,5 % av männen och 7,4 % av kvinnorna uppfyller kriterierna för syndromet (Frans et al., 2005). Män tenderar att uppleva fler traumatiska händelser än kvinnor, men kvinnor löper dubbelt så stor risk att utveckla PTSD (Kessler et al., 1995). Orsakerna till detta anses bland annat handla om att kvinnor löper större risk att bli utsatta för våldtäkt, sexuella övergrepp och sexuellt våld som barn än män. Andra

riskfaktorer för att utveckla PTSD förutom kvinnligt kön är sociodemografisk bakgrund, tidigare psykisk sjukdom, traumatisk uppväxt (Brewin et al., 2000), bristfällig tillgång till socialt stöd (Olf et al., 2007) och att befinna sig under pågående stress (Brewin et al., 2000).

Obehandlad PTSD är förknippat med hög grad av lidande, depression och suicidalitet (Panagioti et al., 2012). Synen på sig själv och omvärlden som en konsekvens av traumat påverkar möjligheten till fungerande studiegång, arbete och relationer. Andra långtidseffekter av obehandlad PTSD som har synliggjorts i forskningen är somatiska komplikationer såsom diabetes, högt blodtryck och övervikt (Roberts et al., 2015). Det finns även data som pekar på att en individs exponering för traumatiska händelser kan få konsekvenser för kommande generationer genom att genetiska markörer förs vidare från en generation till nästa, så kallade epigenetiska förändringar (Yehuda & Lehrner, 2018). Således leder obehandlad PTSD till många negativa konsekvenser på flera nivåer i samhället och för individen.

## **1.1 Rekommenderad behandling vid PTSD**

I riktlinjer världen över är det idag vedertaget att vuxna med PTSD bör behandlas utifrån traumafokuserad KBT (APA, 2017; ISTSS, 2018; NICE, 2018; VA/DOD, 2018). Exempel på sådan behandling är Prolonged Exposure (PE; Foa et al., 2021) som även rekommenderas i den standardiserade vårdprocessen *SVP Ångest* i Region Skåne.

I studier brukar PE beskrivas ge effekt för upp till 80 % av patienterna med PTSD (Foa et al., 2021) där uppföljningsstudier 5–10 år efter avslutad behandling visar att behandlingseffekten kvarstår (Resick et al., 2012).

### **Teorin bakom PE**

PE bygger på emotionell bearbetningsteori (Foa & Kozak, 1986). Utgångspunkten i denna är att rädsla representeras som en kognitiv struktur i minnet för att undkomma fara. Rädslostrukturen innehåller en representation av det stimulus man är rädd för (exempelvis bilar efter en bilolycka). Enligt Foa och Kozak (1986) blir dessa rädslostrukturer patologiska när någon som har varit med om en traumatisk händelse (exempelvis en bilolycka) upplever ett vardagligt stimuli (såsom att se en bil, minnet av att åka i en bil) som resulterar i stort obehag (såsom ökade hjärtslag, vill lämna platsen där stimuli är), och har extremt negativa föreställningar om sig själv, andra och världen. Återhämtning från PTSD sker när rädslostrukturen modifierats så att stimuli inte längre väcker negativa responser eller har negativ innebörd. Detta sker genom exponering av situationer som är traumarelaterade och genom att prata

om händelsen. Genom att möta dessa situationer (in-vivo exponering) och genom att prata om händelsen (imaginativ exponering), kan patienten bearbeta det som har hänt och känslor av rädsla, skam, skuld blir inte längre hinder i patientens liv, vilket gör att hen får en ökad känsla av kontroll över sitt liv igen (Foa et al, 2021).

## **1.2 Hinder för implementering av PE**

Trots att det finns effektiva behandlingsmetoder för PTSD, visar forskning att rekommenderad behandling ofta uteblir till denna patientgrupp (Becker et al., 2004; Foa, et al, 2013). Vissa studier har visat på att enbart 6 % av patienterna får tillgång till evidensbaserad behandling för PTSD (Watts et al., 2013). I Sverige har liknande undersökningar visat att mindre än 20% av behandlare använder evidensbaserade psykologiska behandlingar i sina behandlingsupplägg för PTSD (Deacon & Farrell, 2013). Exempel på orsaker till att effektiv behandling för syndromet uteblir är att behandlingen uppfattas som tidskrävande, känslomässigt belastande och behandlare rapporterar att de är rädda att patientens tillstånd ska förvärras eller att de ska utebli från behandling (Finch et al., 2020; Ruzek et al., 2016). Andra hinder som framkommit är att en del behandlare anser att terapier såsom PE är kontraindicerade när samsjuklighet med suicidalitet (85%), psykos (85%), dissociation (51%) eller ångestsyndrom (32%) finns närvarande (Becker et al., 2004).

Ytterligare faktorer som kan påverka behandlares beslut om behandling är att det råder mycket debatt om vad patientgruppen med komplex PTSD ska erbjudas. En del experter såsom Cloitre och kollegor (2002) menar att det behövs en stabiliseringsfas innan traumafokuserad KBT ska erbjudas till patienter med komplex PTSD. Exempelvis Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) där patienten bland annat får lära sig om känsloreglering innan traumabehandling påbörjas (Cloitre et al., 2002). Andra forskare såsom Hoeboer och kollegor (2021) påvisar tvärtom att patienter med komplex PTSD fick samma behandlingsutfall oavsett om de fick behandling med STAIR+PE, standard PE eller en intensiv form av PE (iPE).

Sammanfattningsvis har det i forskningen identifierats hinder på flera olika nivåer som bidrar till varför effektiva behandlingsmetoder såsom PE uteblir. Samtidigt kan det konstateras att obehandlad PTSD ökar risken för samsjuklighet med psykiatriska och somatiska tillstånd, suicid samt att tillståndet kronifieras (Panagioti et al., 2012; Roberts et al, 2015). Forskningen har därför börjat undersöka om andra former av traumafokuserad KBT-behandling kan överbrygga dessa barriärer, där PE i



intensivt upplägg föreslagits som en väg för att komma över en del av ovan beskrivna hinder.

### **1.3 PE i intensivt upplägg**

En intensiv form av PE (här kallat iPE) innebär att patienten har flera sessioner med individuell behandling per dag under en eller ett par veckors tid. Studier som har genomförts med intensivt upplägg har varierat från åtta dagar (Van Woudenberg et al., 2018) till fyra veckor (Beidel et al., 2017; Opriel et al., 2021). Det intensiva formatet har visat sig vara effektivt för de med medel till svår PTSD-symtombild, med komplex och omfattande samsjuklighet eller andra hälsoproblem (Foa et al, 2021; Hendriks et al, 2018; Opriel et al, 2021). Fördelar som rapporterats är bland annat att avhopp från behandlingen minskar vid denna typ av upplägg vilket innebär att fler patienter fullföljer behandlingen (Foa et al., 2021). Andra aspekter som lyfts fram är att det intensiva formatet leder till snabbare symtomminskning i jämförelse med standard upplägg med bestående resultat vid uppföljning (Opriel et al, 2021). Det intensiva behandlingsformatet har etablerats som säkert och har tolererats väl hos patienter som varit med om sexuella övergrepp i barndomen (Wagenmans et al., 2018), patienter med självmordstankar (Van Woudenberg et al., 2018), känsloregleringssvårigheter (Van Toorenburg et al., 2020), dissociativa symptom (Hoeboer et al, 2021; Zoet et al., 2021) samt för patienter med hög grad av samsjuklighet av till exempel emotionellt instabilt personlighetssyndrom (Hendriks et al, 2010 och komplex PTSD (Voorendonk et al., 2020).

Andra aspekter som lyfts fram är att det intensiva upplägget är mindre tidskrävande för behandlare då vissa moment genomförs i grupp. Vid ett intensivt upplägg arbetar behandlarna parallellt med sina respektive patienter, vilket skapar förutsättningar för kollegialt stöd och handledning, och därmed ökad metodtrogenhet. Detta kan underlätta för behandlare som annars är tveksamma till att erbjuda traumafokuserad behandling, och kan bidra till att minska både patienters och behandlares undvikandemönster.

För att ta reda på om en iPE är ett upplägg som kan erbjudas i den reguljära specialistpsykiatriska vården i Region Skåne och därmed öka tillgängligheten till behandling behöver den prövas på målgruppen vuxna med PTSD och utvärderas. Likaså behöver det undersökas hur behandlare upplever att arbeta utifrån detta intensiva upplägg.

## 2. Syfte

Syftet är att pröva och utvärdera en intensiv form av PE för patienter med PTSD vad gäller behandlingens effekt och hur den upplevs ur behandlar- och patientperspektiv.

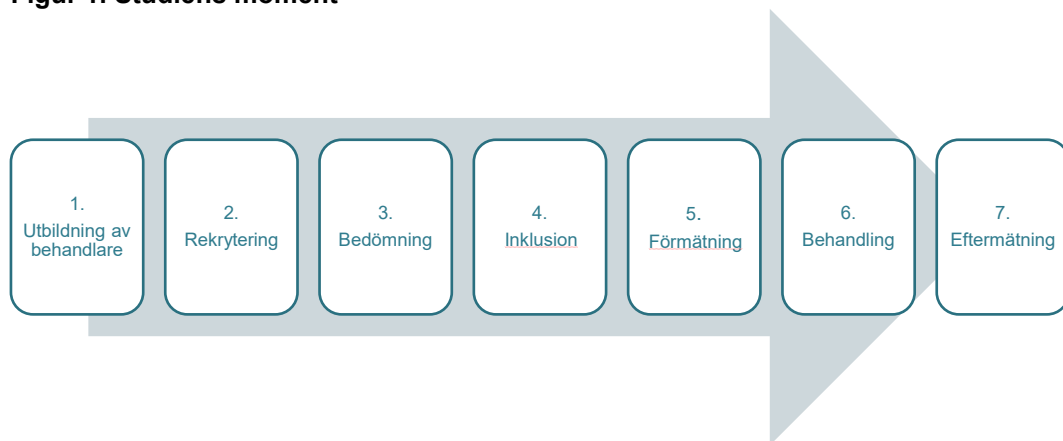
## 3. Metod

### 3.1 Beskrivning av studien

Pilotstudien genomfördes av Vuxenpsykiatrimottagning Emotionell Instabilitet, Malmö i samarbete med vuxenpsykiatrin (VUP) på Fosievägen och Drottninggatan. Ansvariga för genomförandet var ett team bestående av psykologer som alla har genomgått utbildning i metoden, varav en är utbildad handledare och trainer i PE. Förutom detta team deltog behandlare från respektive mottagning i varierad omfattning under behandlingsveckan. Alla behandlare utgick från en checklista under sessionerna som utformats av Karolinska Institutet (KI) (Bilaga 1).

Behandlingsinsatsen prövades i tre omgångar, på två mottagningar i öppenvård psykiatri Malmö Trelleborg under 2022/23. Se Figur 1 för överblick över studien.

Figur 1. Studiens moment



### Steg 1. Grundutbildning i PE

Alla behandlare genomgår en fyradagars utbildning i PE, som i korthet omfattar kunskap om PTSD, forskningsläget för PE, känslomässig bearbetningsteori och rollspel. Efter grundutbildningen fick behandlarna regelbunden handledning av certifierad PE-handledare, vanligtvis en gång

per månad. Majoriteten var utbildade till psykologer, och övriga antingen sjuksköterskor eller kuratorer med steg ett i KBT.

### **Steg 2. Rekrytering**

Deltagare rekryterades från PE-kölistor från två öppenvårdsmottagningar. Patienterna kontaktades via telefon/1177 för att efterhöra intresse av att delta i studien. Efter samtalet fick patienten skriftlig information om intensivbehandlingens innehåll och vilka krav som ställs på deltagande via 1177/brev.

### **Steg 3. Bedömningssamtal och ställningstagande**

När patienten uttryckte intresse för att delta i studien bokades fysiskt eller digitalt besök hos psykolog och patienten fick information om intensivbehandlingens innehåll, studiens mål, vilka krav som ställs på deltagande samt möjliga fördelar och risker med att ingå i studien. Vid detta tillfälle genomfördes bedömning av patientens lämplighet för deltagande utifrån inklusions- och exklusionskriterierna. Om patienten inte var intresserad av att delta i iPE, kvarstod denne på PE-väntelistan. Att tacka nej påverkade inte patientens möjlighet till annan vård inom Region Skåne.

### **Steg 4. Inklusion**

Beslut om inklusion togs av leg. psykolog som gjorde bedömningen tillsammans med ansvarig psykolog (Marie Svensson).

### **Steg 5. Förmätning**

Efter inklusion genomgick alla patienter en förmätning av PTSD-symtom, depression och hälsostatus.

### **Steg 6. Behandling**

iPE programmet (baserat på Foas PE protokoll, Foa et al, 2021) med skillnaden att i stället för veckovisa sessioner så gavs behandlingen dagligen under fem dagar, innehållande nio individuella sessioner och fem sessioner i grupp. Patienterna erbjöds inte någon stabiliseringsfas i linje med tidigare forskning (Hoeboer et al., 2021; Karatzias et al., 2019; Oprel et al., 2021; van Toorenburg et al., 2020; Van Vliet et al., 2021).

Gruppsessionerna omfattade psykoedukation med fokus på genomförande av in-vivo exponering med stöttning av behandlare. Efter in-vivo exponeringen samlades gruppen igen och deltagarna fick chans att reflektera kring exponeringarna. Patienterna fick uttryckliga instruktioner om att inte dela sina traumaberättelser med varandra, då detta enbart görs med den individuella behandlaren. De individuella sessionerna hölls två tillfällen dagligen, 60 minuter med fokus på imaginativ exponering.

Efter "intensivveckan" fortsatte behandlingen med ytterligare tre individuella sessioner på 60 minuter vardera, vecka två, fyra och åtta efter avslutad behandlingsvecka.

Under behandlingsveckan ingick handledning för behandlarna på behovsbasis och kollegor fanns tillgängliga för kollegial konsultation. Behandlarna hade tillgång till en checklista för att säkerställa att alla moment erbjöds till patienten (Bilaga 1). Sammanlagt deltog elva behandlare i undersökningen.

Patienten fyllde dagligen i skattningsformulär som en del i utvärderingen men också för att fånga eventuella biverkningar. En del skattningar distribuerades digitalt medan andra tilldelades patienten under behandlingsveckan.

### **Steg 7. Eftermätning**

På behandlingsveckans sista dag genomförde patienterna eftermätning av PTSD-symtom, depression och hälsostatus samt utfall av behandlingen och grad av tillfredsställelse med behandlingen. Vid de efterföljande tre sessionerna fick patienten fylla i samma formulär förutom det gällande tillfredsställelse.

### **Steg 8. Långtidsuppföljning**

Sex månader efter avslutad behandling följdes patienterna upp gällande PTSD symtombilden. Se avsnitt 3.3 Materialinsamling och Tabell 1 för överblick.

## **3.2 Deltagare**

Sammanlagt påbörjade 21 patienter behandlingen, fördelade på de tre behandlingsomgångar då iPE genomfördes. Av olika anledningar hoppade fem patienter av antingen under behandlingsinsatsen eller vid uppföljningen. Uteblivande och avhopp noterades. Att ha genomfört behandlingen var definierat som att ha genomfört den intensiva fasen av behandlingen och åtminstone två av de tre efterföljande sessionerna.

Inklusionskriterier omfattar att patienten är: (a) äldre än 18 år; (b) står på PE-kölista (c) har etablerad PTSD-diagnos utifrån DSM-5 (APA, 2015) fastställd genom Clinician Administered PTSD Scale (CAPS-5).

Exklusion omfattar att patienten: bedöms ha samsjuklighet som kan försvåra deltagande i studien (exempelvis psykosjukdom, obehandlad bipolär sjukdom, svår depression, pågående substansberoende, förhöjd suicidrisk, aktivt självskadebeteende), (b) är i behov av tolk då allt skriftligt material är på svenska och gruppinformation och diskussioner är på

svenska, (c) genomgår annan traumafokuserad psykologisk behandling, (d) lever i en pågående hotfull situation med risk för exponering för fler trauman (exempelvis att patienten lever i ett förhållande där misshandel pågår).

### **3.3 Materialinsamling**

Sex olika vedertagna skattningsinstrument användes för att bedöma patienterna inför behandlingen och för att följa upp behandlingens effekt. De beskrivs kortfattat nedan, se Bilaga 2 för en utförligare genomgång.

Kvalificerad personal utgick från CAPS-5 vid bedömning av PTSD. CAPS-5 är en strukturerad klinisk intervju som anses vara högsta standarden för att fastställa huruvida en aktuell PTSD-diagnos föreligger eller någonsin har förelegat under patientens livstid. Intervjun består av 30 frågor som utgår ifrån diagnoskriterierna i DSM-5.

Vid bedömningen användes även självskattningsformulär (Posttraumatic Stress Disorder Checklist version 5; PCL-5) för att mäta grad av symtombelastning utifrån DSM5s kriterier för PTSD. Skalan används för att screena för PTSD, utvärdera behandlingseffekter under och efter behandling, eller bekräfta en PTSD-diagnos efter att diagnos fastställts.

International Trauma Questionnaire (ITQ) användes för att mäta grad av symtom för komplex PTSD utifrån ICD-11s kriterier som består av tre symtomkluster för PTSD (återupplevande, undvikande och upplevelser av hot) och tre symtomkluster för DSO (affektiv dysreglering, svårigheter med relationer och negativt självkoncept). För att uppfylla diagnoskriterier för komplex PTSD behöver patienten uppfylla kriterier för PTSD och DSO.

För att mäta grad av depression användes Patient Health Questionnaire (PHQ-9) och för hälsostatus användes EQ-5D-5L. Vid avslut av behandlingen användes Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) för att mäta hur pass tillfredsställda patienterna var med behandlingen. Vid detta tillfälle fick patienterna även fylla i ett frågeformulär som konstruerats specifikt för behandlingsinsatsen för att fånga deras upplevelser av intensivbehandlingen inklusive negativa effekter (Bilaga 3).

För att undersöka behandlarnas upplevelser av det intensiva behandlingsformatet fick behandlarna svara på ett frågeformulär som skickades per mejl till dem när samtliga behandlingsomgångar var genomförda (Bilaga 4).

Se Tabell 1 för överblick över samtliga instrument och när de användes.

**Tabell 1. Instrument och skattningsskalor som användes under studien.**

Instrument	Bedömnings-samtal	Före mätning	Under iPE veckan	Efter iPE veckan	Efter 2 v.	Efter 4 v.	Efter 8 v.	Efter 6 mån
APS-5	X							X
PCL-5	X	X	X	X	X	X	X	X
ITQ	X	X	X	X	X	X	X	X
PHQ-9		X		X	X	X	X	X
CSQ-8				X				
EQ-5D		X		X	X	X	X	X
Utvärdering				X				

### 3.4 Analys

Resultaten baseras på samtliga mätinstrument, men inte på samtliga planerade mättillfällen. Det stora antalet instrument och mättillfällen tillsammans med att många behandlare och patienter var involverade i datainsamlingen bidrog till att det saknas värden både per mättillfälle och per patient. I en första bearbetning togs beslut om vilka mättillfällen som hade tillräckligt många värden för att ingå och vilka patienter som bedömdes ha fullföljt behandlingen. Detta resulterade i att 16 patienter inkluderades i analysen och att tre mättillfällen analyserades: mättillfälle ett vid bedömningssamtalet, mättillfälle åtta vid uppföljningen efter sex månader samt för en mindre grupp patienter mättillfälle fyra vid iPE-veckans avslut.

Materialet analyserades på gruppnivå med beräkningar av medelvärden och andelar av gruppen som uppfyllde olika cut-off värden. För att undersöka effekterna av behandlingen gjordes jämförelser för de olika instrumenten före, under och efter behandlingen.

### 3.5 Etiska överväganden

Patienterna informerades om att deltagande i studien var helt frivilligt och att de inte skulle förlora sin plats i kön till PE-behandling om de inte önskade delta. Patientens anonymitet skyddas på så vis att ingen information om patienten inkluderas i rapporten utan redovisas på gruppnivå.

Under projektiden förvarades allt material säkert och kodnyckel användes för att avidentifiera patienterna. När rapporten är publicerad kommer all rådata att destrueras.

Tidigare studier på intensivbehandling med PE har inte hittat några signifikanta bieffekter av behandlingen och det fanns därför inga

förväntade risker för deltagarna av att genomgå behandlingen i den aktuella studien. Däremot är initial ökning i symtom under de första besöken (förhöjd ångest, emotionellt påslag, eventuella dissociativa symtom) att förvänta sig då de är vanligt förekommande i början av traumafokuserad KBT-behandling. Patienterna fick information om att symtomökning är att förvänta sig under behandlingen. Vid ökade symtom och försämrad funktion uppmuntrades patienten att diskutera det med sin behandlande psykolog. Den dagliga och täta kontakten med behandlaren säkerställde att patienten fick stöd under behandlingen.

## 4. Resultat

Resultatet redovisas i fyra delar, där de två första behandlar PTSD-symtom, diagnoskriterier samt mående och de övriga två redovisar patienternas respektive behandlarnas upplevelse av behandlingen.

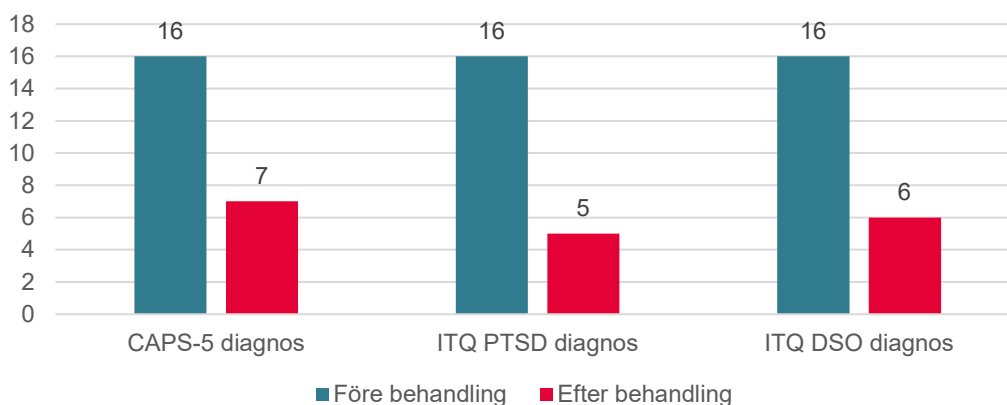
### 4.1 PTSD

Endast patienter med diagnosticerad PTSD inkluderades för behandling inom ramen för studien. Som framgår i bakgrundsbeskrivningen kan det vara intressant att skilja mellan patienter som uppfyller PTSD-diagnos utifrån DSM-5 och patienter som uppfyller kriterier för komplex PTSD utifrån ICD-11's diagnoskriterier. De instrument som användes för att fastställa PTSD-diagnosen utifrån DSM-5 var CAPS-5 och PCL-5 och utifrån ICD-11s kriterier var det skattningsinstrumentet ITQ. Diagnosinstrumenten användes även för att se om diagnosen kvarstod efter behandling för att på så sätt fastställa om behandlingsinsatsen haft effekt.

Vid bedömningssamtalet säkerställdes att samtliga 16 patienter uppfyllde kriterier för PTSD-diagnos. Samtliga uppfyllde även alla diagnostiska kriterier för komplex PTSD. Se figur 2 för överblick.

Vid uppföljningen efter sex månader visar skattningsinstrumentens samstämmiga resultat att det antal patienter som uppfyllde kriterier för PTSD minskade av den intensiva behandlingsinsatsen. Se Figur 2.

**Figur 2. Antal patienter som uppfyller diagnos före/efter behandlingsinsatsen (n=16)**



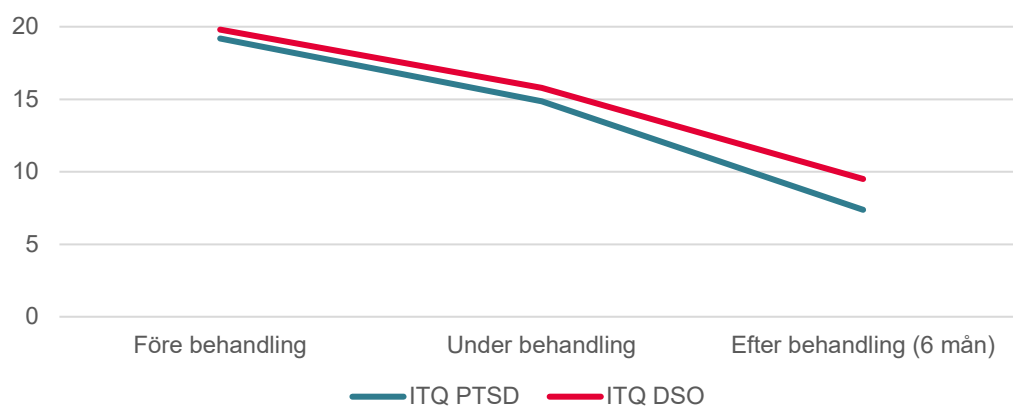
Vid uppföljningen efter sex månader framkom det genom CAPS-5-intervjun att endast sju patienter fortfarande uppfyllde kriterier för syndromet. Totalt fick alltså nio patienter diagnosen avskriven. Alla



patienter hade symtom för affektdysreglering, negativt självkoncept och interpersonella problem före behandlingen (ICD-11 kriterier, WHO, 2019). Vid långtidsuppföljningen visar ITQ-instrumentet att majoriteten inte längre uppfyllde kriterier för PTSD utifrån ICD-11.

För en mindre grupp av patienterna var det möjligt att göra en fördjupad analys av ITQ-skattningen för att fastställa när förbättringen inträffade. Av Figur 3 framgår det att den största minskningen av symtom sker under perioden mellan den intensiva behandlingsveckan och uppföljningen efter sex månader.

**Figur 3. Skattningar på ITQ PTSD och DSO symtom före, under och sex månader efter behandling (n=8, medelvärde)**



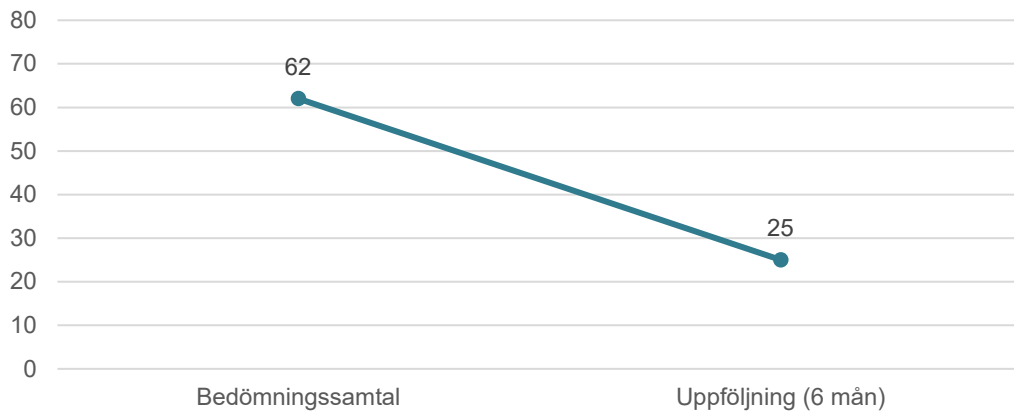
För att utvärdera förändring i PTSD-symptom och svårighetsgrad under behandling användes självskattningsformuläret PTSD-checklistan PCL-5 (Weathers et al., 1993). Instrumentet ger en möjlig poäng mellan 0–80, där cut-off är på 38 poäng.

Hela gruppen skattade sina symtom före behandling och vid uppföljning sex månader senare. Inom hela gruppen var spridningen i PCL-5 före behandling mellan 53–72 poäng. Således hamnade alla patienter över cut off före behandling. Efter genomgången behandling låg spridningen på 2–53 poäng, varav sex patienter (37 %) hade över 38 poäng och tio patienter under 38. Resultatet visar därmed att majoriteten (63 %) blivit förbättrade av insatsen i sådan grad att de ligger under mätpunkten för PTSD-diagnos utifrån PCL-5.

Resultatet från PCL-5 visar på att 15 av patienterna (93 %) uppnådde kliniskt signifikant förändring, vilket är en reliabel förändring (alltså inte en förändring som kan anses vara på grund av slumpen) (Weathers et al,

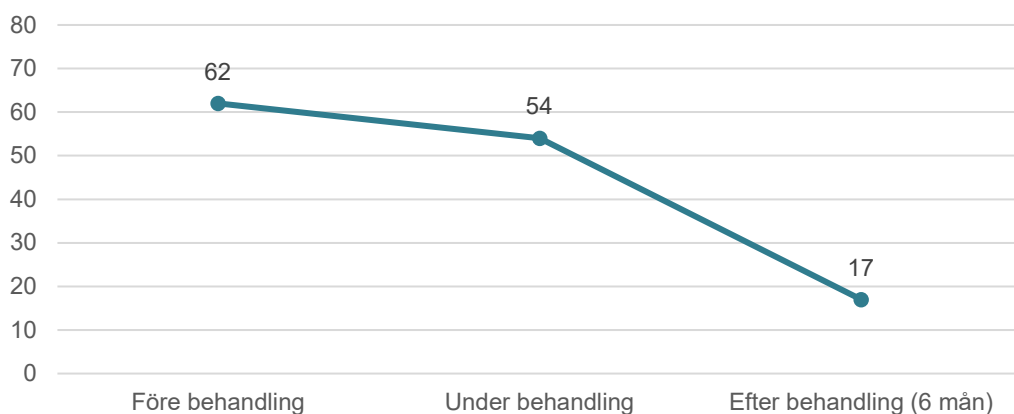
1993). Resultaten presenteras i Figur 4 med översikt av patienternas symtomskattning på PCL-5 före behandling och vid långtidsuppföljningen.

**Figur 4. Patienternas symtomskattning på PCL-5 före behandling och vid långtidsuppföljning presenteras i medeltal (n=16, medelvärde).**



För att veta när förbättringen uppstod gjordes en fördjupad analys för en mindre grupp av patienterna. I denna analys (se Figur 5) framkom det att den största resultatförändringen skedde från behandlingens avslut till uppföljning sex månader senare.

**Figur 5. Patienternas symtomskattning på PCL-5 före och under behandling samt vid långtidsuppföljning (n=8, medelvärden).**



### **Effekterna av behandlingsinsatsen**

Baserat på CAPS-5 var det nio patienter (56 %) av 16 som inte längre uppfyller de diagnostiska kriterierna för PTSD efter behandling och därmed fick diagnosen avskriven. På samma sätt, de som uppfyllde diagnos för komplex PTSD utifrån ITQ var alla patienter (100 %) vid

behandlings uppstart. Vid långtidsuppföljningen var det tio patienter (62 %) som inte längre uppfyllde kriterier för denna diagnos. Resultatet från PCL-5 visar på att 15 av patienterna (93 %) uppnådde kliniskt signifikant förändring, vilket är en reliabel förändring (Weathers et al, 1993).

## 4.2 Mående

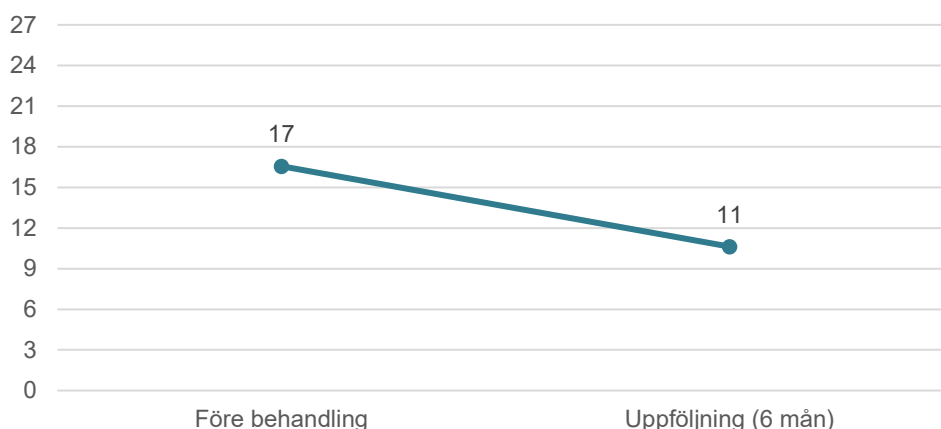
Utöver patienternas PTSD-symtom var det även viktigt att följa upp deras mående i form av depressiva symtom samt andra hälsoaspekter.

### Depression

För att få en uppfattning om patienternas nivåer av depressionssymptom fick de fylla i PHQ-9 före och efter behandlingsinsatsen. PHQ-9 utgår från DSM-5s kriterier för depression där 0–9 poäng tyder på att det inte föreligger någon egentlig depression, 10–14 att måttliga depressiva symtom finns, och 15–27 att egentlig depression kan föreligga (Kroenke et al, 2001).

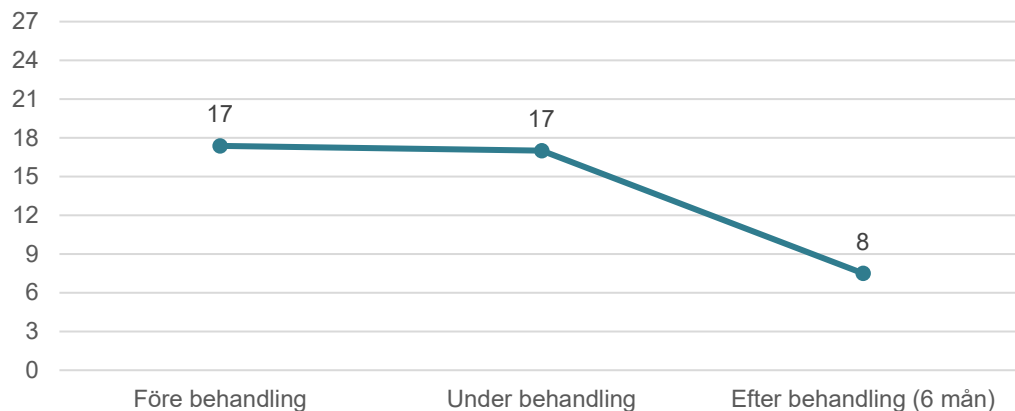
Hela gruppen skattade sina symtom på depression med PHQ-9 där det framkom att majoriteten (tio patienter) låg på en nivå för egentlig depression (över 15 poäng), och ytterligare fem patienter på möjlig depression (10–14 poäng). Endast en patient uppfyllde inte kriterierna för depression enligt PHQ-9. Vid långtidsuppföljningen framkom att majoriteten (56 %) inte längre uppfyllde kriterier för egentlig depression, fem uppfyllde kriterierna, och tre uppfyllde möjligen kriterier för depression. Se figur 6 för överblick.

**Figur 6. Patienternas skattning av depression, PHQ-9, före behandling och vid långtidsuppföljning (n=16, medelvärden)**



För en subgrupp av patienterna där det även fanns data för PHQ-9 under intensivveckan kunde en fördjupad analys synliggöra när förbättringen sker. Där framgår att förbättringen tycks ske efter behandlingen.

**Figur 7. Patienternas symtomskattning av depression, PHQ-9, före och under behandling samt vid långtidsuppföljning (n=8, medelvärden)**

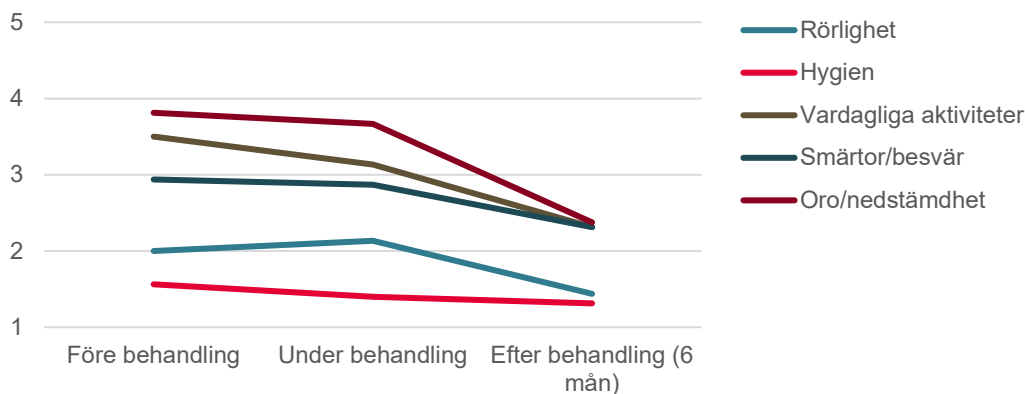


Sammantaget visade denna undersökning att patienternas rapporterade grad av depression minskade från före behandling till långtidsuppföljningen. Detta är i linje med studier som visat på att PE bidrar till att minska PTSD och depressiva symtomen (Powers et al., 2010). Att patienter försämras av traumafokuserad KBT är en orosfaktor som ofta beskrivs i forskningen. I denna undersökning kan vi alltså konstatera utifrån patientens återkoppling att iPE inte bidrar till några negativa konsekvenser vad gäller depression.

### Hälsostatus

För att undersöka hälsorelaterad livskvalitet användes EQ5D5L där patienten skattar sin hälsa i fem dimensioner: rörlighet, hygien, vardagliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet. Skalan har dimensionerna 1–5 där 1= inga svårigheter, 2=lite svårigheter, 3=måttliga svårigheter, 4=stora svårigheter och 5=väldigt stora svårigheter. Hela gruppens medelvärden redovisas i Figur 8.

Figur 8. EQ-5D-5L Hälsostatus (n=16, medelvärden)



Skattningen av hälsostatus visar att patienternas livskvalitet framför allt är påverkad vad gäller oro/nedstämdhet och vardagliga aktiviteter. Som framkommer minskar symtombelastningen i hela gruppen inom alla dimensionerna. De områden som minskar mest på gruppnivå från uppstart till uppföljning av behandlingen sex månader senare är områdena oro/nedstämdhet, vardagliga aktiviteter och smärtor/besvär. Återigen syns mönstret att den främsta förbättringen sker under perioden efter behandlingen är genomförd. I detta fall rapporteras data för hela gruppen.

### 4.3 Patientens upplevelse

Utöver att undersöka behandlingens effekt på PTSD-symtom och hälsa var det viktigt att ta reda på hur patienterna som fick intensivbehandling upplevde upplägget. Detta undersöktes dels med ett skattningsformulär (Coping Strategies Questionnaire, CSQ), som mäter patienttillfredsställelse och dels med ett frågeformulär utformat specifikt för den här studien (se Bilaga 3).

#### Tillfredsställelse med behandlingen

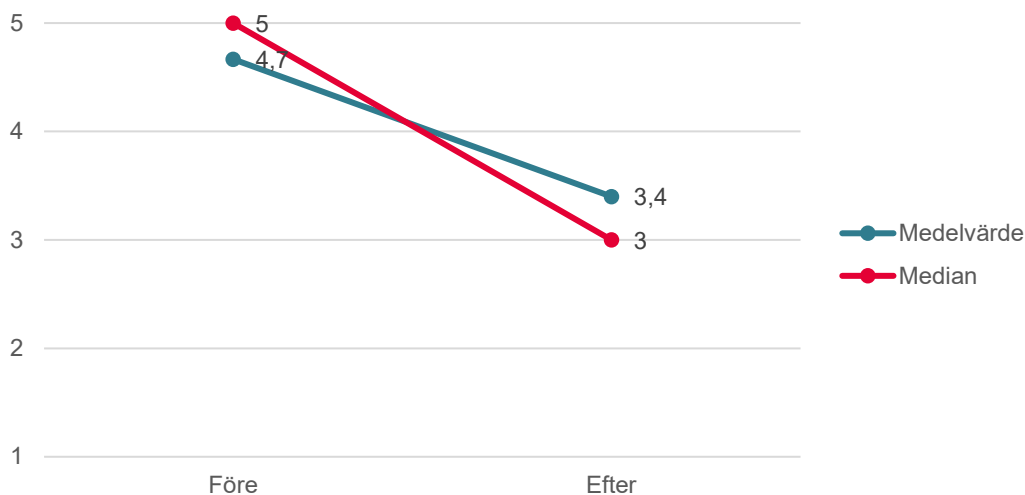
Hela gruppen skattade utifrån CSQ-8 hur tillfredsställda de var med behandlingen. Medelvärde låg på 26 poäng av 32 möjliga med en skala från 1 (dålig, helt otillfredsställd) till 4 (utmärkt, ja definitivt och liknande). Majoriteten svarade att de tyckte att kvalitén på behandlingen var "utmärkt", motsvarat deras behov, att de var nöjda med omfattningen, och att de skulle söka sig till en liknande behandling om de behövde en insats för PTSD längre fram. Detta resultat talar för att gruppen överlag var tillfredsställda med behandlingsinsatsen.

## Resultat från patientenkät PTSD

I slutet av intensivveckan fick patienterna svara på frågor om hur de upplevde behandlingens effekt på PTSD-symptomen, vad de lärt sig, vilken nytta de hade av behandlingen och om den hade några negativa effekter. De fick även svara på i vilken utsträckning PTSD-symptomen påverkade dem före respektive efter behandlingen.

Totalt svarade 15 patienter. Medelvärde och median redovisas i figur 9 där det framgår att patienterna upplevelse är att symtomen minskade under intensivveckan från att påverka dem "våldigt mycket" till att de varken påverkade dem mycket eller lite.

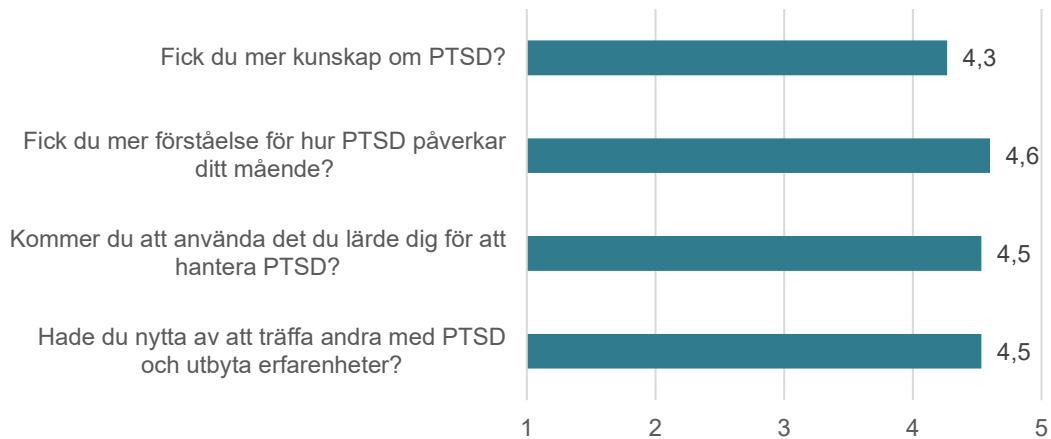
**Figur 9. Patienternas upplevelse av PTSD-symtom (n=15, medelvärde/median, skala 1-5 där 1= inte alls och 5=våldigt mycket).**



Patienterna fick svara på fyra frågor om kunskap och erfarenhetsutbyte i en skala från "inte alls" (1) till "våldigt mycket" (5). Som framgår i Figur 10 svarade de flesta att de fått väldigt mycket kunskap om PTSD efter behandlingsveckan och mer förståelse för hur diagnosen påverkar måendet. Likaså svarade patienterna att de i stor utsträckning kommer använda sig av det de lärt sig för att hantera PTSD-relaterad problematik framöver. Slutligen tyckte alla att de hade haft mycket stor nytta av att träffa andra med PTSD och utbyta erfarenheter. Exempelvis hur de skulle hantera traumarelaterad problematik och att stödet från gruppen gett dem modet att genomföra in-vivo exponeringar de annars skulle undvikit. Likaså uttryckte många att träffa andra med liknande erfarenheter minskade känslan av att vara ensam med dessa upplevelser och därmed traumarelaterad skam. Totalt sett upplevde patienterna att de har lärt sig mer om PTSD och fått ökad förståelse för syndromet genom

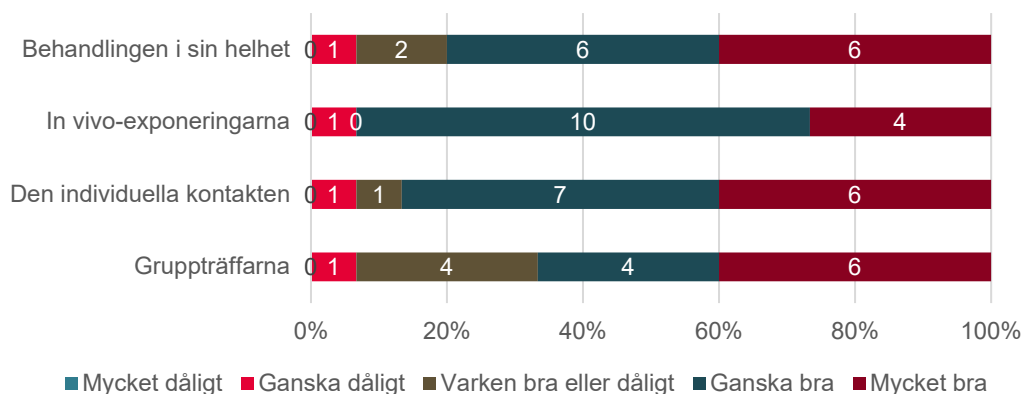
behandlingen, som de kan använda sig av framöver för att hantera PTSD-relaterad problematik.

**Figur 10. Kunskap och erfarenhetsutbyte. (n=15, medelvärde, skala 1-5 där 1= inte alls och 5=väldigt mycket)**



Patienterna fick svara på hur de upplevde nyttan av behandlingens delar från skala av mycket dåligt (1) till mycket bra (5). Som framkommer i Figur 11 svarade majoriteten (80-81 %) att de upplevde nyttan med behandlingen och den individuella kontakten som "ganska bra" eller "mycket bra". In-vivo exponeringarna skattade de allra flesta (88%) som "ganska bra", eller "mycket bra". Resultatet om gruppträffarna var mer varierat där vissa (25 %) beskrev träffarna som "varken bra eller dåligt", andra (25 %) som "ganska bra och resten beskrev dem som "mycket bra" (38%). Sammantaget gav patienterna svar som tyder på att de upplevde behandlingen som mycket hjälpsam. En patient skattade "ganska dåligt" på alla svar.

**Figur 11. Nyttan av behandlingens delar (n=15, procent).**



För att fånga upp om patienterna upplevde negativa effekter med behandlingen fick de svara på en fråga om detta med svarsalternativ "nej", "ja lite" eller "ja mycket" Majoriteten av patienterna (60%) rapporterade att de inte upplevde några negativa effekter av behandlingen. Resten (40 %) beskrev att de upplevde "lite" oönskade effekter av behandlingen. Ingen av patienterna (0 %) rapporterade att behandlingen gav "mycket" negativa effekter.

Det som patienterna beskrev som negativa effekter var exempelvis att behandlingen var utmattande och att det var svårt att möta känslor på det vis som behandlingen innebär.

Sammantaget visar resultatet att patienternas upplevelser av behandlingen var positiv, men att den även var krävande och gav en del negativa effekter under behandlingen. Många patienter rapporterade att de upplevde behandlingen som ansträngande men att dess utformning med heldagar gjorde det möjligt att komma vidare från undvikandemönster de tidigare haft svårt för att bryta. En del beskrev att grupperna var en viktig del där de hade möjlighet att träffa andra med likande problematik, vilket gjorde att de fick ökad motivation till att genomföra exponeringarna när de såg att de andra klarade av det.

#### **4.4 Behandlarnas upplevelse**

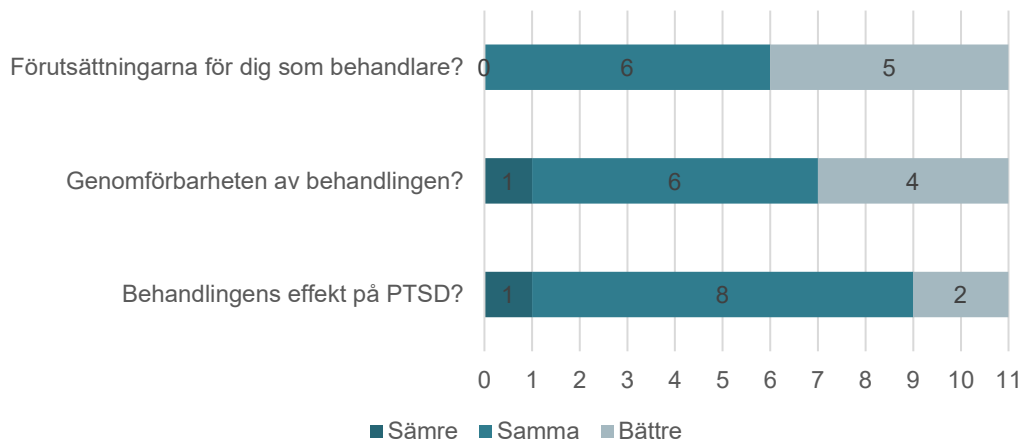
Av elva behandlare var det sju som uppgav att de vanligtvis erbjuder PE till alla eller många av sina patienter. Detta är bättre än vad som rapporterats i vissa studier som visat på att en minoritet av patienter med PTSD erbjuds traumafokuserad KBT (se Watts et al., 2013).

Behandlarna är överlag positiva till att arbeta med de olika komponenterna i det intensiva upplägget, såsom imaginativ exponering, gruppträffarna och in-vivo exponeringar. På en femgradig skala där 1 = mycket dåligt och 5 = mycket bra, ligger medelvärde mellan 4,3–4,6 (median 4-5), vilket talar för att behandlarna tycker att upplägget för iPE är bra. Även stödet och handledningen under behandlingsperioden skattas som positivt med medelvärden på 4,5–4,8 (median 4-5) för alla utom information inför därmed tolkas som ett uppskattat och viktigt inslag i iPE-upplägget.

För att veta om intensiv PE uppfattas som likvärdig, bättre eller sämre än vanlig PE ur behandlarperspektiv, fick behandlarna värdera iPE jämfört med PE i olika avseenden. Resultatet framgår i Figur 12.



**Figur 12. Behandlarnas upplevelse av iPE jämfört med vanlig PE, hur är då iPE (n=11, antal).**



Behandlarnas svar visar att de överlag tycker att det var en bra insats som gav effekt på PTSD-problematiken, men att de inte såg några större skillnader mellan att erbjuda standard PE mot den intensiva formen gällande effekt på PTSD-symtomen. Förutsättningarna för dem som behandlare ansåg vara samma eller bättre för iPE jämfört med sedvanlig PE. I behandlarnas kommentarer framkommer att det finns fördelar med det intensiva formatet, men att det samtidigt kan vara mer krävande för patienterna.

Lättare att hålla patienten motiverad, mer koncentrerat lidande vid iPE. Upplevdes som mer effektiv inläring.

Jag tror effekten är på det stora hela ungefär samma. Jag tror vissa patienter är hjälpta av intensiviteten i iPE, att det minskar möjligheten till undvikande. Men för vissa blir det också svårt och tar tid att ge sig hän behandlingen, och då hinner dessa patienter inte komma lika långt under veckan och hade behövt fler sessioner efteråt.

Viktigt att tänka på vilka patienter som passar för iPE då några kan behöver längre kontakt och för vissa kan den intensiva formen bli för intensiv.

iPE har många fördelar, men är mer sårbart om pat eller behandlare skulle vara borta pga sjukdom. iPE upplevs också som mer krävande för pat och ibland även behandlare.

## 5. Diskussion

Den här studien gjordes för att undersöka genomförbarheten och effekten av en intensiv form av traumafokuserad behandling för patienter med PTSD och komplex PTSD. I sin helhet bekräftar studien tidigare forskningsresultat som visat att PE i intensivt upplägg är effektivt och säkert för patienter med PTSD med eller utan komplex symtombild (Hendriks et al, 2018) och där en inledande stabiliseringsfas inte erbjuds (Hoeboer et al, 2021; Oprel et al., 2021; Van Vliet et al., 2021; van Toorenborg et al., 2020; Voorendonk, et al., 2020; Karatzias et al., 2019). Gällande komplex PTSD blev majoriteten (62 %) förbättrade av behandlingen. Således motstrider resultatet från denna studie en del föreställningar om att patienter med komplex PTSD behöver en stabiliseringsfas.

En styrka med studien var att en kombination av olika mätinstrument (ITQ-DSO och PCL) och klinisk intervju (CAPS-5) användes för att mäta grad av PTSD. Utifrån dessa mätningar framkom det att totalt sett uppnådde 15 av 16 patienter kliniskt signifikant minskning av PTSD-symtomen (PCL-5, Weathers et al., 1993) och över hälften (56 %) av patienterna i den här studien uppfyllde inte längre de diagnostiska kriterierna för PTSD vid långtidsuppföljningen utifrån CAPS-5.

Det intensiva upplägget kan vara den förklaringen till förbättringsutfallet i den här studien. Detta skulle vara i linje med tidigare forskning som har visat att högre frekvens av sessioner, speciellt i början av behandlingen, förbättrar behandlingsutfallet (Gutner et al., 2016). En möjlig förklaring till detta är att patienter med PTSD har omfattande undvikandemönster, och har svårt för att komma över dessa beteendemönster som ofta är invanda. Därför kan ett kompakt behandlingsupplägg där det dagligen ingår att öva och möta situationer som de annars skulle ha undvikit bidra till att bryta dessa invanda mönster.

Resultaten visade på minskning av CAPS-5 och signifikant minskning av PCL-5 från uppstart till långtidsuppföljningen. Av alla patienter var det ett antal (cirka 30 %) som inte fick diagnosen avskriven, och som rapporterade höga PTSD-symtom under alla mätpunkter. Orsakerna till detta kan vara flera. Vissa patienter beskrev att de hade behövt mer tid och stöd för de olika exponeringarna. I självrapporteringen angav patienterna att det just var inslagen med regelbunden exponering under intensivveckan som var hjälpsamma, men de uppgav även att dessa var väldigt utmanande.

I denna undersökning rapporterade patienter minskad grad av depression som en konsekvens av behandlingsinterventionen. Detta är i linje med forskningen där en mängd studier visat på att PE minskar både PTSD och depressiva symtom (Powers et al., 2010). En bidragande orsak till detta är troligen att PE omfattar att möta situationer som patienten tidigare har undvikit. Inom depressionsbehandling kallas detta för beteendeaktivering, som är en etablerad verksam komponent för behandling av depression (Dimidjian et al., 2021).

Hälsorelaterad livskvalitet undersöktes och det framkom bland annat minskad ångest och påverkan på vardagsaktiviteter i gruppen. Orsakerna till att dessa områden minskat kan ha att göra med att patienterna får arbeta med att bryta undvikandemönster, vilket är viktig komponent i effektiva behandlingar för ångest (Foa et al, 2021).

Behandlarna svarade att de överlag tyckte att det var en bra insats som gav effekt på PTSD-problematiken, men att de inte såg några större skillnader mellan att erbjuda standard PE mot den intensiva formen. Förutsättningarna för behandlingen ansågs i stort var densamma för iPE och vanlig PE. Det framkom även att handledningen uppfattades som ett mycket bra inslag. I forskning kring implementering av evidensbaserade metoder är just handledning en viktig komponent för att vidmakthålla manualtrogenhet (Finch et al, 2020 ) och därmed säkerställa att patienten får tillgång till den behandling som ger effekt.

I en studie av Foa et al., (2021) jämfördes en grupp behandlare som fick handledning efter en fyra dagars utbildning i PE med de som inte fick handledning. Det framkom att 72 % av de som fick handledning, men bara 3 % av de som inte fick handledning erbjöd PE till patienter med PTSD 18 månader efter utbildningen. Således framkommer handledning som en viktig aspekt för att behandlare ska erbjuda evidensbaserad behandling såsom PE.

Sammanfattningsvis, stödjer resultaten från denna studie att de flesta patienter med PTSD och komplex PTSD kan dra nytta av en intensiv form av psykoterapi utan att en stabiliseringsfas ingår. Resultaten är i linje med senare tids forskning med liknande resultat (se Hoeboer et al, 2021; Karatzias et al., 2019; Oprel et al., 2021; van Toorenburg et al., 2020; Voorendonk et al., 2020; Van Vliet et al., 2021). Genom att erbjuda fler patienter denna form av terapi ökar möjligheterna att korta ner kötider och ge fler patienter tillgång till effektiv behandling för PTSD.

### **Begränsningar**

Urvalet var begränsat och det fanns inte någon jämförelsegrupp vilket gör det svårt att dra några större slutsatser av resultatet. Eftersom datainsamlingen var beroende av att många olika behandlare skulle administrera skattningsformulären till patienterna vid många tillfällen uppstod ett visst bortfall som gjorde att det inte gick att följa förändringar i patienternas symtom under behandlingsveckan som det var tänkt.

## **6. Slutsatser**

Syftet är att pröva och utvärdera en intensiv form av PE för patienter med PTSD vad gäller behandlingens effekt och hur den upplevs ur behandlar- och patientperspektiv.

Även om randomiserade studier behövs för att säkerställa effekten av denna form av behandling, ger undersökningen stöd för att iPE är en effektiv behandling att erbjuda patienter med PTSD och komplex PTSD (ICD-11s definition) utan att en stabiliseringsfas ingår. Mer än hälften av patienterna fick sin diagnos avskriven. Förbättringen kvarstod sex månader senare. Resultatet från PCL-5 visar på att 15 av 16 patienter uppnådde kliniskt signifikant minskning av PTSD-symtomen (Weathers et al., 1993). Behandlingen upplevdes som hjälpsam av patienterna och likvärdig eller bättre än ordinarie behandling av behandlarna. Denna form av upplägg skulle ge fler patienter med PTSD tillgång till effektiv behandling.

## Referenser

American Psychiatric Association (APA). (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*.

American Psychiatric Association (APA). (2015). *Mini-D 5 diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. (J. Herlofson, översättning). Pilgrim Press. (Originalarbete publicerat 2013).

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Becker, C.B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 277-292.

Beidel D.C., Frueh B.C., Neer S.M., & Lejuez C.W. (2017). The efficacy of Trauma Management Therapy: A controlled pilot investigation of a three-week intensive outpatient program for combat-related PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 50, 23–32.

Brewin C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067–1074.

Deacon, B. J., & Farrell, N. R. (2013). Therapist barriers to the dissemination of exposure therapy. In E. A. Storch & D. McKay (Eds.), *Handbook of treating variants and complications in anxiety disorders* (pp. 363–373). Springer Science + Business Media.

Dimidjian, S., Martell, C. R., Herman-Dunn, R., & Hubble, S. (2021). Behavioral activation for depression. I D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (6th ed., pp. 339–380). The Guilford Press.

Finch, J., Ford, C., Lombardo C., & Meiser-Stedman, R. (2020) A survey of evidence-based practice, training, supervision and clinician confidence relating to post-traumatic stress disorder (PTSD) therapies in UK child and adolescent mental health professionals, *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1815281.

Foa, E.B., Hembree, E.A., Rothbaum, B.O. & Rauch, S.A.M. (2021). *Prolonged exposure terapeutmanual: Emotionell bearbetning vid PTSD* (andra upplagan). Oxford University Press.

Foa, E.B., Gillihan, S.J. & Bryant. R. A. (2013). Challenges and Successes in Dissemination of Evidence-Based Treatments for Posttraumatic Stress: Lessons Learned from Prolonged Exposure Therapy for PTSD. *Psychology of Public Interest*, 14(2), 65-111.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.

Frans, Ö., Rimmö, P.A., Åberg, L. & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 291–299.

Hendriks, L., de Kleine, R., van Rees, M., Bult, C., & Van Minnen, A. (2010). Feasibility of brief intensive exposure therapy for PTSD patients with childhood sexual abuse: A brief clinical report. *European Journal of Psychotraumatology*, 1, 5626.

Hendriks, L., de Kleine, R. A., Broekman, T. G., Hendriks, G. J., & van Minnen, A. (2018). Intensive prolonged exposure therapy for chronic PTSD patients following multiple trauma and multiple treatment attempts. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1425574.

Hoeboer, C. M., de Kleine, R. A., Oprel, D. A. C., Schoorl, M., van der Does, W., & Van Minnen, A. (2021). Does complex PTSD predict or moderate treatment outcomes of three variants of exposure therapy? *Journal of Anxiety Disorders*, 80:102388.

International Society of Traumatic Stress Studies (ISTSS) [Online]. (2018, November 26). *New ISTSS prevention and treatment guidelines*. Retrieved from <http://www.istss.org/treating-trauma/new-istss-guidelines.aspx>.

Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., ... Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1–15.

Kessler R.C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *The Journal of clinical psychiatry*, 61,5: 4-12; discussion 13-14.

Kessler R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52 (12), 1048-1060.

Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A., Cloitre M., van Ommeren M., Jones L.M., Humayan A, Kagee A, Llosa A.E., Rousseau C., Somasundaram D.J., Souza R., Suzuki Y., Weissbecker I., Wessely S.C., First M.B., Reed G.M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3),198-206.

NICE. (2018). Guidelines for post-traumatic stress disorder. NICE guideline (NG116). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. R. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133(2), 183–204.

Oprel, D.A.C., Hoeboer, C.M., Schoorl, M., de Kleine, R.A., Cloitre, M., Wigard, I.G., van Minnen, A., & van der Does, W. (2021) Effect of Prolonged Exposure, intensified Prolonged Exposure and STAIR+Prolonged Exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1):1851511.

Panagioti, M., Gooding, P.A., & Tarrier, N. (2012), A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*. 53(7), 915-930.

Powers, M.B., Halpern, J.M., Ferenschak, M.P., Gillihan, S.J., & Foa, E.B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635-641.

Resick, P.A., Williams, L.F., Suvak, M.K., Monson, C.M., & Gradus, J.L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 201-210.

Roberts, A.L., Agnew-Blais, J.C., Spiegelman, D., Kubzansky, L.D., Mason, S.M., Galea, S., Hu, F.B., Rich-Edwards, J.W., & Koenen, K.C. (2015). Posttraumatic stress disorder and incidence of type 2 diabetes mellitus in a sample of women: a 22-year longitudinal study. *JAMA Psychiatry, 72*(3):203-10.

Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 455–475.

Ruzek, J.I., Eftekhari, A., Crowley, J., Kuhn, E., Karlin, B.E., Rosen, C.S., Foa, E.B., Hembree, E.A. & Bradley, E.K. (2016). Effects of a Comprehensive Training Program on Clinician Beliefs About and Intention to Use Prolonged Exposure Therapy for PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 3*, 348-355.

VA/DOD (2018). Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Clinician Summary. *Focus (Am Psychiatr Publ), 16*(4): 430-448.

Van Toorenburg, M.M., Sanches, S.A., Linders, B., Rozendaal, L., Voorendonk, E.M., Van Minnen, A., & De Jongh, A. (2020) Do emotion regulation difficulties affect outcome of intensive trauma-focused treatment of patients with severe PTSD? *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1): 1724417.

Van Vliet, N. I., Huntjens, R. J. C., van Dijk, M. K., & De Jongh, A. (2021). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: Randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry Open, 7*, 1–7.

Van Woudenberg C., Voorendonk E.M., Bongaerts H, Zoet H.A., Verhagen M, Lee C.W., van Minnen A, De Jongh A. (2018) Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology, 9*(1):1487225.



- Voorendonk, E. M., De Jongh, A., Rozendaal, L., & Van Minnen, A. (2020). Trauma-focused treatment outcome for complex PTSD patients: Results of an intensive treatment programme. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1).
- Wagenmans, A., Van Minnen, A., Sleijpen, M., & De Jongh, A. (2018). The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9 (1).
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B. & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 74 (6), 541–550.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility*. Paper presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int>
- Yehuda R, & Lehrner A. (2018). Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry*. Oct;17(3):243-257.
- Zoet H.A., de Jongh, & van Minnen, A. (2021). Somatoform Dissociative symptoms have no impact on the outcome of Trauma-Focused Treatment for severe PTSD. *Journal of Clinical Medicine*, 10 (8):1553

# Bilagor

## Bilaga 1: Checklista

### Dag 1

60 minuters individuell PE

#### 1) Presentera agenda för dagens session

- Presentera rationalen för imaginativ exponering.
- Imaginativt återbesökande av traumaminnet under ungefär 30-45 minuter.

#### 2) Presentera rationalen för imaginativ exponering/återbesökande

- Att minnas traumat är smärtsamt och leder till undvikande.
- Undvikande (att tränga undan tankarna och försöka att inte tänka på det) hjälper på kort, men inte på lång sikt.
- Återupplevande av traumat, undvikande och förhöjd vaksamhet är signal om att traumat är obearbetat.
- Presentera en metafor för rationalen (t.ex. att smälta dålig mat).
- Att återbesöka minnet av traumat:
  - Hjälper till att bearbeta, smälta och organisera de traumatiska minnena; ger nya perspektiv på minnena.
  - Ökar särskiljandet mellan att minnas traumat och att åter bli traumatiserad, patienten lär sig att minnena av traumat inte är farliga.
  - Leder till habituering (dvs att ångesten minskar i takt med antal repetitioner)
  - Motbevisar uppfattningen att ångest sitter i för alltid och att patienten kommer att bli galen.
  - Stärker känslan av att egen kompetens och att behärska situationen; ger självsäkerhet.

#### 3) Instruktioner för imaginativ exponering/återbesökande

*Instruera patienten att:*

- Blunda
- Visualisera minnet av traumat så levande som möjligt och beskriv vad som hände; inklusive det som skedde, och upplevda tankarna och känslorna.
- Berätta händelsen i presens, som om det hände nu.

*Förklara:*

- Att patienten kommer att få göra SUD-skattningar var 5:e minut, patienten ska då försöka ge en skattning snabbt utan att lämna bilden av traumat.
- Att patienten kommer att fortsätta återbesöket av traumaminnet under 45 minuter; om berättelsen tar kortare tid än så kommer patienten att ombudjas att börja berätta från början igen.

#### **4) Under den imaginativa exponeringen**

- Prompta patienten att berätta i presens om nödvändigt.
- Ge stöd och uppmuntran om det behövs.
- Prompta patienten att fokusera på tankar, känslor och kroppsliga upplevelser när det behövs.
- Om nödvändigt, titrera den känslomässiga upplevelsen för patienten (t.ex. be patienten att ha ögonen öppna, göra återbesökandet som en konversation, eller ställ frågor som är designade för att hjälpa patienten att känslomässigt engagera sig mer fullt ut)
- Be om SUD-skattningar.

#### **5) Bearbeta (processa) den imaginativa exponeringen**

- Diskutera upplevelsen med patienten; beröm patienten för det svåra arbetet som patienten gått igenom.
- Diskutera habituering eller avsaknad av detta med patienten.
- Fråga patienten vad som dök upp för patienten och vad som verkade viktigt under den imaginativa exponeringen.
- Terapeuten kan dela med sig av egna observationer av patientens imaginativa exponering.
- Terapeuten kan hjälpa patienten att identifiera traumarelaterade tankar och uppfattningar (detta introduceras oftast inte förrän vid andra eller tredje sessionen av imaginativ exponering).

#### **6) Avrunda**

##### **Dag 2-5**

60 minuters individuella PE-sessioner

##### **1) Presentera agendan för dagens session**

##### **2) Genomför imaginativ exponering**

- Ge instruktioner efter behov.
- Genomför imaginativ exponering under ca 30-45 minuter.
- Det är önskvärt att komma igång med **brännpunkter** vid det andra tillfället dag 2 om det går.
- Ge stöd och uppmuntran vid behov.
- Prompta patienten att stanna i presens om det behövs.
- Justera intensiteten av upplevelsen vid behov.
- Be om SUD-skattningar.

### **Bearbeta exponeringen**

- Diskutera upplevelsen med patienten; beröm patienten.
- Diskutera habituering och avsaknad av sådan med patienten om nödvändigt.
- Bearbeta upplevelsen med patienten; fråga patienten vad som framkom eller verkade viktigt under den imaginativa exponeringen. Terapeuten kan dela med sig av sina observationer.

*Under det att behandlingsprocessen går vidare:*

- Hjälp patienten att identifiera traumarelaterade tankar och uppfattningar.
- Ställ frågor som hjälper patienten att utveckla realistiska perspektiv på traumat och vilken betydelse traumat har i patientens liv.

### **3) Avrunda**

#### **4) Sista sessionen för veckan:**

- ge hemuppgift i att lyssna så ofta som möjligt på minnesexponeringen (varje dag) och hela sessionen en gång per vecka
- Och göra in-vivo exponering så ofta som möjligt, men helst varje dag.

### **Uppföljande 3 besök en gång i veckan**

60 minuters individuell session

#### **1) Utvärdera hemuppgifter**

- Gå igenom självskattningsformulären om dessa har administrerats.

- Gå igenom registreringarna av exponering imaginativt och in vivo som patienten hade i hemuppgift. Ge beröm och konstruktiv återkoppling.

## 2) Presentera agendan för dagens session

- Imaginativ exponering.
- Planera för fortsatt implementering av exponering in vivo.
- Diskutera hemuppgifter till nästa gång.

### Genomför imaginativ exponering

- Ge instruktioner efter behov.
- Genomför imaginativ exponering under ca 20-30 minuter.
- Fokusera den imaginativa exponeringen på sk. **brännpunkter**.
- Ge stöd och uppmuntran vid behov.
- Prompta patienten att stanna i presens om det behövs.
- Justera intensiteten av upplevelsen vid behov.
- Be om SUD-skattningar.

### Bearbeta exponeringen

- Diskutera upplevelsen med patienten; beröm patienten för arbetet som patienten gått igenom.
- Diskutera habituering och avsaknad av sådan med patienten om nödvändigt.
- Bearbeta upplevelsen med patienten; fråga patienten vad som framkom eller verkade viktigt under den imaginativa exponeringen. Terapeuten kan dela med sig av sina observationer.

*Under det att behandlingsprocessen går vidare:*

- Hjälp patienten att identifiera traumarelaterade tankar och uppfattningar.
- Ställ frågor som hjälper patienten att utveckla realistiska perspektiv på traumat och vilken betydelse traumat har i patientens liv.

## 3) Diskutera eller implementera exponering in vivo

- Diskutera in vivo-hemuppgifterna på djupet och hjälp patienten med problemlösning om nödvändigt och/eller

- Genomför terapeutassisterad exponering in vivo (dock ovanligt!).

#### 4) Ge hemuppgifter

- Lyssna på ljudinspelningen av sessionen en gång.
- Lyssna på ljudinspelningen av den imaginativa exponeringen en gång om dagen.
- Gör in vivo-hemuppgifterna.

### Sista sessionen

60 minuter

#### 1) Gå igenom hemuppgifterna

- Gå igenom självskattningsformulären om dessa har administrerats.
- Gå igenom registreringarna av exponering imaginativt och in vivo som patienten hade i hemuppgift. Ge beröm och konstruktiv återkoppling.

#### 2) Presentera agendan för dagens session

- Kort imaginativ exponering.
- Diskutera framsteg i behandlingen och planera för fortsatt användning av exponeringsfärdigheter.

#### 3) Genomför imaginativ exponering

- Genomför imaginativ exponering under ca 20 minuter.  
**Arbeta igenom hela minnet.**
- Ge stöd och uppmuntran vid behov.
- Prompta patienten att stanna i presens om det behövs.
- Justera intensiteten av upplevelsen vid behov.
- Be om SUD-skattningar.

### Bearbeta exponeringen

- Bearbeta och diskutera upplevelsen med patienten om det behövs.
- Fokusera diskussionen på hur upplevelsen av den imaginativa exponeringen har förändrats under behandlingens gång.

#### **4) Utvärdera behandlingsprogrammet och patientens framsteg, avslut**

- Genomför nuvarande SUD-skattningar för de punkter som inkluderats in vivo-hierarkin.
- Diskutera patientens framsteg.
- Utvärdera de färdigheter som patienten har lärt sig, gör upp en plan för fortsatt exponering om det finns indikationer på att det behövs (t.ex. om det finns punkter på in vivo-hierarkin som fortfarande har höga SUD-skattningar).
- Diskutera möjligheten att uppleva symptomökning i framtiden och hur detta kan förebyggas. Prata om hur bakslag kan hanteras.
- Låt patienten ge återkoppling på vad som varit hjälpsamt och mindre hjälpsamt i behandlingen.
- Ge patienten positiv återkoppling på hans/hennes arbete och framsteg.
- Om ni avslutar nu; säg hej då.

## Bilaga 2: Skattningsinstrument

**Clinician Administered PTSD Scale version 5 (CAPS-5)** ger underlag för att bedöma om de fyra domänerna Återupplevande (B), Undvikande (C), Negativa förändringar i tankar och känslor (D) och Symtom på förhöjd fysiologisk aktivering (E) uppfylls för diagnos. Skattningen av PTSD-symtomens svårighetsgrad baseras på en kombinationsskattning av symtomens frekvens och intensitet. Den totala svårighetgraden summeras och kan variera mellan 0 och 80 poäng. Tolkningen av PCL-5 görs genom att summera svarsskattningarna på samtliga 20 symptomfrågor (intervall – 0–80). Det preliminärt fastslagna gränsvärdet för en PTSD-diagnos ( $\geq 38$ ).

**Posttraumatic Stress Disorder Checklist version 5 (PCL-5)** är en självskattningsskala med 20 frågor som avser att mäta symtom på posttraumatisk stress utifrån diagnoskriterierna i DSM-5. Ett gränsvärde på 38 totalpoäng är fastslaget som en adekvat riktlinje för PTSD-diagnos. Skattningsskalan ger en totalpoäng (intervall 0–80) som mäter svårighetsgraden av PTSD-symtomen, samt poäng för de fyra olika symptomklustren enligt DSM-5. Symtomkluster B: Påträngande symtom (frågorna 1–5). - Symtomkluster C: Undvikandebeteenden (frågorna 6–7). - Symtomkluster D: Negativa förändringar i emotioner och sinnestämningar (frågorna 8–14). - Symtomkluster E: Symtom på förhöjd fysiologisk aktivering (frågorna 15–20).

Vid behandlingsutvärdering rekommenderas det att minimalt kräva en 5 poängs minskning för att fastställa att en individ troligen reagerar på en behandling, och en 10 poängs minskning som minimal tröskel för en kliniskt signifikant förbättring. Detta är en preliminär rekommendation i väntan på kommande psykometriska studier.

**International Trauma Questionnaire (ITQ)** är en självskattningsskala utformad för att bedöma PTSD och komplex PTSD utifrån diagnoskriterierna i ICD-11. ITQ innefattar sex items som mäter de tre kärnsymtomen i PTSD enligt ICD-11 (påträngande symtom, undvikande och hyperaktivering), samt sex items som mäter de ytterligare tre symptomklustren vid komplex PTSD (problem med affektreglering, negativ självbild samt interpersonella svårigheter). Trolig komplex PTSD anses föreligga om personen uppfyller minst ett symptom från varje symptomkluster och det finns en funktionsnedsättning till följd av dessa symtom. Total svårighetsgrad av PTSD och DSO symptompoäng beräknas genom att summera upp item 1-6 för PTSD och 7-12 för DSO med en total ITQ-poäng som varierar mellan 0 – 48 (PTSD+DSO). De tre DSO klustren kan variera i poäng mellan 0-8, med total DSO symptom poäng mellan 0-24



**Patient Health Questionnaire (PHQ-9)** används för screening och mätning av svårighetsgrad av depression. Patienterna skattar grad av symtom för de senaste två veckorna. Vid screening för egentlig depression rekommenderas ett gränsvärde på 10 totalpoäng (intervall 0–27), vid ett värde över 15 anses aktiv behandling troligtvis vara nödvändig.

**Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)** syftar till att mäta tillfredsställelse med behandling. Varje item besvaras med skattningar från ett till fyra vilket ger en totalsumma som kan variera mellan 8–32. Ju högre poäng desto högre tillfredsställelse med vården. Ofta ligger medelvärden kring 27 och standardavvikelser runt 4 (Attkisson & Greenfield, 1998).

**EQ-5D** är ett instrument som består av två delar och mäter hälsorelaterad livskvalitet, oavsett sjukdomsbild som ger ett mått på den generella hälsostatusen.

## Bilaga 3: Frågeformulär patienter

### Utvärdering av Intensivbehandling för PTSD

Du har deltagit i en intensiv behandlingsvecka utifrån metoden Prolonged Exposure (PE). Under behandlingsveckan har du både träffat din terapeut individuellt och deltagit i grupptillfällen. Nu undrar vi vad du tyckte om behandlingsveckan. Du svarar anonymt på frågorna. Markera det svar som stämmer bäst. Dina svar hjälper oss att bli bättre.

#### PTSD-symtom

1. I vilken utsträckning påverkade PTSD-symtomen dig innan behandlingen?

[Inte alls – Ganska lite – Varken mycket eller lite – Ganska mycket – Veldig mycket]

2. I vilken utsträckning påverkar PTSD-symtomen dig efter behandlingen?

[Inte alls – Ganska lite – Varken mycket eller lite – Ganska mycket – Veldig mycket]

#### Kunskap och erfarenhetsutbyte

3. Fick du mer kunskap om PTSD?

[Inte alls – Ganska lite – Varken mycket eller lite – Ganska mycket – Veldig mycket]

4. Fick du mer förståelse för hur PTSD påverkar ditt mående?

[Inte alls – Ganska lite – Varken mycket eller lite – Ganska mycket – Veldig mycket]

5. Kommer du att använda det du lärde dig för att hantera PTSD?

[Inte alls – Ganska lite – Varken mycket eller lite – Ganska mycket – Veldig mycket]

6. Hade du nytta av att träffa andra med PTSD och utbyta erfarenheter?

[Inte alls – Ganska lite – Varken mycket eller lite – Ganska mycket – Veldig mycket]

## Behandlingens delar

7. Hur upplevde du nyttan av följande för att hantera PTSD-relaterade symtom:

- Gruppträffarna
- Den individuella kontakten
- In vivo-exponeringarna
- Behandlingen i sin helhet

[Mycket dåligt – Ganska dåligt – Varken bra eller dåligt – Ganska bra – Mycket bra]

8. Upplevde du någon oönskad effekt av behandlingen under behandlingsveckan?

[Nej – Ja lite – Ja mycket]

Om ja, beskriv här:

[Fritext]

9. Vilka fördelar ser du med att det var en intensiv behandling?

[Fritext]

10. Vilka nackdelar ser du med att det var en intensiv behandling?

[Fritext]

11. Övriga synpunkter

[Fritext]

Stort tack för din medverkan!

## **Bilaga 4: Frågeformulär behandlare**

### **Utvärdering av behandling med intensiv Prolonged Exposure (iPE)**

Under hösten/vintern 2022/23 var du med och prövade en intensiv behandlingsinsats för patienter med PTSD. Behandlingen utvärderas inom ramen för ett FoU-projekt ur både patient- och behandlarperspektiv. För att veta hur behandlingsinsatsen kan förbättras undrar vi hur du som behandlare upplevde de olika delarna och vad du tycker om behandlingsformatet.

Du svarar anonymt och dina svar går direkt till FoUU-enheten (Forskning, Utveckling, Utbildning) som sammanställer och bearbetar svaren. Tänk på att kommentarer som lämnas inte ska kunna härledas till dig själv eller någon annan person.

Vänligen svara på frågorna nedan. Dina synpunkter är viktiga för oss!

#### Frågor om vanlig Prolonged Exposure (PE)

1. Hur stor andel av dina patienter med PTSD ger du vanligtvis behandling med Prolonged Exposure (PE)?

[Inga – Ett fåtal – Hälften – Många – Alla]

2. Utöver patientens behov, vad är avgörande för om du erbjuder PE eller inte?

[Fritext]

#### Frågor om behandlingen med intensiv Prolonged Exposure (iPE)

3. Behandlingsinsatsen (iPE) innehöll nedanstående komponenter. Hur var det att arbeta med:

- Checklistan?

- Imaginativ exponering?

- Gruppträffarna?

- In-vivo exponering?

- Patienten under intensivveckan (9 sessioner)?

- iPE i sin helhet (intensivvecka + uppföljande sessioner)?

[Mycket dåligt – Ganska dåligt – Varken bra eller dåligt – Ganska bra – Mycket bra]

4. Inför och under behandlingsinsatsen (iPE) har du fått olika former av stöd och handledning. Hur upplevde du:

- Grundutbildningen i PE?

- Informationen om iPE-upplägget inför behandlingen?

- Handledningen i samband med intensivveckan?

- Det kollegiala stödet?
  - Tillgängligheten till handledaren?
- [Mycket dåligt – Ganska dåligt – Varken bra eller dåligt – Ganska bra – Mycket bra]

5. Vilket stöd behöver du för att kunna erbjuda iPE fortsättningsvis?  
[Fritext]

Frågor om skillnaden mellan behandlingen med intensiv Prolonged Exposure (iPE) och vanlig PE

### **FRÅGOR OM SKILLNADEN MELLAN BEHANDLINGEN MED INTENSIV PROLONGED EXPOSURE (iPE) OCH VANLIG PE**

Om du jämför den intensiva behandlingen iPE med vanlig PE, hur är då iPE gällande:

- Behandlingens effekt på PTSD?
  - Genomförbarheten av behandlingen?
  - Förutsättningarna för dig som behandlare?
- [Sämre – Samma – Bättre]

7. Övriga synpunkter på PE eller iPE?  
[Fritext]

# Tidigare publikationer

Rapport 3/2024 <i>Det här är jag</i> . ISBN 9 978-91-989047-2-7
Rapport 2/2024 <i>Gruppinsats för närstående till vuxna med åttörning</i> . ISBN 978-91-989047-1-0
Rapport 1/2024 <i>Utökat implementeringsstöd av BUD 0-4 år</i> . ISBN 978-91-989047-0-3
Rapport 3/2023 <i>Kroppsuppfattning hos unga med åttörning</i> 978-91-987657-9-3
Rapport 2/2023 <i>Psykoedukation för patienter med personlighetssyndrom</i> ISBN 978-91-987657-7-9
Rapport 1/2023 <i>Familjebehandling inom spä- och småbarnspsykiatri</i> . ISBN 978-91-987657-6-2
Rapport 4/2022 <i>Heldygnsvård vid substansbrukssyndrom</i> . ISBN 978-91-987657-5-5
Rapport 3/2022 <i>Kvalitetssäkring av personcentrerad vård (PCV)</i> . ISBN 978-91-987657-4-8
Rapport 2/2022 <i>Kvalitetsmått vid journalgranskning</i> . ISBN 978-91-987657-3-1
Rapport 1/2022 <i>Behandlingsstudie för dataspelsberoende i BUP</i> . ISBN 978-91-987656-0-1
Rapport 7/2021 <i>Minoritetsstress hos vuxna teckenspråkiga döva</i> . ISBN 978-91-986060-7-2
Rapport 6/2021 <i>Interventioner vid dyskalkuli</i> . ISBN 978-91-986060-4-1
Rapport 5/2021 <i>Personer med hemmasittarproblematik och autism</i> . ISBN 978-91-986060-5-8
Rapport 4/2021 <i>Good Psychiatric Management</i> . ISBN 978-91-986060-3-4
Rapport 3/2021 <i>Träning av ögonrörelser för förbättrad läsfunktion</i> . ISBN 978-91-986060-2-7
Rapport 2/2021 <i>Internetbaserad KBT för ungdomar med sömnsvårigheter</i> . ISBN 978-91-986060-1-0
Rapport 1/2021 <i>Exponeringsbaserad KBT för barn och unga med OCD</i> . ISBN 978-91-7261-340-9
Rapport 10/2020 <i>Unga vuxna med förvärd hjärnskada i barndomen</i> . ISBN 978-91-7261-339-3
Rapport 9/2020 <i>Huvudprocesser inom vuxenhabiliteringen</i> . ISBN 978-91-7261-337-9
Rapport 8/2020 <i>Mobila RIK i Skåne</i> . ISBN 978-91-7261-335-5
Rapport 7/2020 <i>AKK inom sjukvården</i> . ISBN 978-91-7261-334-8
Rapport 6/2020 <i>En forskningsöversikt om icke-manuella signaler i teckenspråkstolkning</i> . ISBN 978-91-7261-333-1
Rapport 5/2020 <i>Kartläggningmaterial inom orientering och förflyttning</i> . ISBN 978-91-7261-338-6
Rapport 4/2020 <i>Stöd till personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-332-4
Rapport 3/2020 <i>Samtalsmaterialet "Det här är jag!"</i> ISBN 978-91-7261-331-7
Rapport 2/2020 <i>Teckenspråkstolkens påverkan vid behandlingssamtal</i> . ISBN 978-91-7261-330-0
Rapport 1/2020 <i>Audionomledd kognitiv intervention vid tinnitus</i> . ISBN 978-91-7261-329-4
Rapport 7/2019 <i>Habilitering och rehabilitering på distans</i> . ISBN 978-91-7261-328-7
Rapport 6/2019 <i>Audionomledda metoder inom tinnitusrehabilitering</i> . ISBN 978-91-7261-327-0
Rapport 5/2019 <i>Patienters delaktighet i målformulering</i> . ISBN 978-91-7261-326-3
Rapport 4/2019 <i>Mentaliseringsträning vid autism</i> . ISBN 978-91-7261-325-6
Rapport 3/2019 <i>ALP-instrumentet som stöd för metoden "Köra för att lära"</i> . ISBN 978-91-7261-324-9
Rapport 2/2019 <i>Delaktighet och digitalisering av habiliteringens arbetsätt</i> . ISBN 978-91-7261-323-2
Rapport 1/2019 <i>Skånska stegen II</i> . ISBN 978-91-7261-322-5
Rapport 8/2018 <i>Basal kroppskänedom vid autism</i> . ISBN 978-91-7261-321-8
Rapport 7/2018 <i>Mötet med habiliteringen</i> . ISBN 978-91-7261-320-1
Rapport 6/2018 <i>Grafisk AKK för barn</i> . ISBN 978-91-7261-319-5
Rapport 5/2018 <i>Kulturell kompetens i habiliteringsarbetet</i> . ISBN 978-91-7261-318-8
Rapport 4/2018 <i>Barns delaktighet i sin habiliteringsplanering</i> . ISBN 978-91-7261-317-1
Rapport 3/2018 <i>Kvalitetssäkring genom utvärdering</i> . ISBN 978-91-7261-316-4
Rapport 2/2018 <i>Bedömning av sömn</i> . ISBN 978-91-7261-315-7
Rapport 1/2018 <i>Självskattning av delaktighet</i> . ISBN 978-91-7261-314-0
Rapport 7/2017 <i>Affektskola för vuxna med funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-313-3
Rapport 6/2017 <i>Motorik och autism</i> . ISBN 978-91-7261-311-9
Rapport 5/2017 <i>Motivation för vuxna med funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-311-9
Rapport 4/2017 <i>Psykosocialt stöd för barn med rörelsenedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-310-2
Rapport 3/2017 <i>Mindfulness och synnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-308-9
Rapport 2/2017 <i>Stöd till anhöriga till vuxna med autism</i> . ISBN 978-91-7261-307-2
Rapport 1/2017 <i>Förskrivning av AKK-hjälpmiddel</i> . ISBN 978-91-7261-306-5

Rapport 8/2016 *Konsekvenser av språklig deprivation hos vuxna teckenspråkiga döva*. ISBN 978-91-7261-305-8

Rapport 7/2016 *Förekomst av smärta, fatigue och undernäring hos vuxna med cerebral pares*. ISBN 978-91-7261-304-1

Rapport 6/2016 *Strukturerad analys för 24h positionering*. ISBN 978-91-7261-303-4

Rapport 5/2016 *En longitudinell studie över den kognitiva utvecklingen hos personer med CP*. ISBN 978-91-7261-302-7

Rapport 4/2016 *DELAKTIGHET inom Habilitering och Hjälpmedel i Region Skåne*. ISBN 978-91-7261-301-0

Rapport 3/2016 *Hur kan habiliteringarnas informationsmaterial göras mer tillgängligt?* ISBN 978-91-7261-300-3

Rapport 2/2016 *Utvärdering av användandet av surfplattor för personer med afasi*. ISBN 978-91-7261-299-0

Rapport 1/2016 *Utbildning i kommunikation för föräldrar till barn som är blinda och på tidig utvecklingsnivå*. ISBN 978-91-7261-298-3

Rapport 14/2015 *Utvärdering av samtalsgrupp kring autism*. ISBN 978-91-7261-297-6

Rapport 13/2015 *Stödsamtal som re/habiliteringsinsats*. ISBN 978-91-7261-296-9

Rapport 12/2015 *Onödig ohälsa – en gruppinsats för ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande*. ISBN 978-91-7261-295-2

Rapport 11/2015 *En forskningsöversikt över valida bedömningsinstrument att använda vid gånganalys för personer med CP*. ISBN 978-91-7261-294-5

Rapport 10/2015 *Att beröra och beröras*. ISBN 978-91-7261-292-1

Rapport 9/2015 *Visuella scener som AKK – en forskningsöversikt*. ISBN 978-91-7261-292-1

Rapport 8/2015 *Interventioner i bassång – en kartläggning inom Vuxenhabiliteringen Skåne*. ISBN 978-91-7261-291-4

Rapport 7/2015 *Basal kroppskänedom för personer med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-290-7

Rapport 6/2015 *Interventioner i bassång*. ISBN 978-91-7261-289-1

Rapport 5/2015 *Föräldrars upplevelse av delaktighet i AKK-processen*. ISBN 978-91-7261-288-4

Rapport 4/2015 *Webbaserad MBSR vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-287-7

Rapport 3/2015 *Föräldrastöd inom Barn-och ungdomshabiliteringen – en utvärdering av FIQ*. ISBN 978-91-7261-286-0

Rapport 2/2015 *Smarta telefoner och surfplattor som hjälpmedel för personer med dövblindhet*. ISBN 978-91-7261-285-3

Rapport 1/2015 *Habiliteringsprocess för vuxna med Cerebral Visual Impairment i Region Skåne*. ISBN 978-91-7261-284-6

Rapport 13/2014 *Akka-platta som hjälpmedel – användning och måluppfyllelse*. ISBN 978-91-7261-282-2

Rapport 12/2014 *Ung vuxen –en habiliteringsinsats för att stödja vuxenblivandet*. ISBN 978-91-7261-281-5

Rapport 11/2014 *Utvärdering av "Kompisprat"*. ISBN 978-91-7261-278-5

Rapport 10/2014 *Mindfulness för vuxna med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-277-8

Rapport 9/2014 *Utvärdering av mentorskurs för personer med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-276-1

Rapport 8/2014 *Dysfagi och cerebral pares - en forskningsöversikt*. ISBN 978-91-7261-275-4

Rapport 7/2014 *Elektrodressen – en studie av mätbara och upplevda effekter av behandlingen*. ISBN 978-91-7261-274-7

Rapport 6/2014 *Hur surfplattan används i vardagen av en grupp barn i behov av grafisk AKK*. ISBN 978-91-7261-273-0

Rapport 5/2014 *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och dess tillämpning på vanligt förekommande besvär för personer som rehabiliteras inom Syn-, hörsel- och dövverksamheten*. ISBN 978-91-7261-272-3

Rapport 4/2014 *Ungdomsgrupp som stöd för transition*. ISBN 978-91-7261-271-6

Rapport 3/2014 *Utvärdering av samtalsgrupp om sex och samlevnad för ungdomar med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-270-9

Rapport 2/2014 *Kurs i Vardagssamtal för personer med Aspergers*. ISBN 978-91-7261-269-3

Rapport 1/2014 *Vara på stan för ungdomar med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-268-6

Rapport 15/2013 *Föräldrars upplevelse av Auditory Verbal Therapy (AVT) som habiliteringsinsats*. ISBN 978-91-7261-266-2

Rapport 14/2013 *Rehabilitering vid lätt till medelsvår förvärvad hjärnskada hos barn och ungdomar*. ISBN 978-91-7261-258-7

Rapport 13/2013 *Social färdighetsträning i grupp för barn och ungdomar med autism*. ISBN 978-91-7261-265-5

Rapport 12/2013 *En utvärdering av mentorsverksamheten för personer med rörelsehinder*. ISBN 978-91-7261-263-1

Rapport 11/2013 *Långvarig smärta hos ungdomar med neuromuskulär sjukdom*. ISBN 978-91-7261-262-4

Rapport 10/2013 *Marte Meo inom Vuxenhabiliteringen*. ISBN 978-91-7261-261-7.

Rapport 9/2013 *Framåt Marsch - en habiliteringsinsats för att stödja ungdomars vuxenblivande*. ISBN 978-91-7261-258-0

Rapport 8/2013 *KBT-insatser för barn och ungdomar med autism*. ISBN 978-91-7261-256-3

Rapport 7/2013 *Kognitiva funktioner hos vuxna med ryggmärgsbräck*. ISBN 978-91-7261-255-6

Rapport 6/2013 *Behandling med hypnos för personer med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-249-5

Rapport 5/2013 *Kulturellt bekräftande arbete med döva - beskrivningar i litteratur och filmer*. ISBN 978-91-7261-254-9

Rapport 4/2013 *Mentaliseringsförmåga och psykosocial utveckling hos barn med cochleaimplantat*. ISBN 978-91-7261-252-5

Rapport 3/2013 *En forskningsöversikt över intensiv psykodynamisk korttidsterapi*. ISBN 978-91-7261-250-1

Rapport 2/2013 *Upplevelse av kurs för blivande mentorer med autismspektrumtillstånd*. ISBN 978-91-7261-248-8

Rapport 1/2013 *Mindfulness och yoga som stressreduktion för personer med autismspektrumtillstånd*. ISBN 978-91-7261-247-1

Rapport 16/2012 *Styrketräning för barn och ungdomar med CP på GMFCS nivå*. ISBN 978-91-7261-246-4

Rapport 15/2012 *Användningen av datorprogram och enkla datorhjälpmedel utprovade på Datateket*. ISBN 978-91-7261-245-7

Rapport 14/2012 *Dyslexi och lärande - stärkande och försvärande faktorer*. ISBN 978-98-7261-244-0

Rapport 13/2012 *Utvärdering av MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR) vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-243-3

Rapport 12/2012 *Smärta hos individer med hereditär motorisk sensorisk neuropati (HMSN)*. ISBN 978-91-7261-242-6

Rapport 11/2012 *Karusellprojektet*. ISBN 978-91-7261-241-9

Rapport 10/2012 *Unga mentorer – ett utmärkt stöd*. ISBN 978-91-7261-240-2

Rapport 9/2012 *AKKtiv Komlgång i Skåne*. ISBN 978-91-7261-239-6

Rapport 8/2012 *Utveckling av de pedagogiska metoderna för föräldralärande inom Bou i Skåne*. ISBN 978-91-7261-237-2

Rapport 7/2012 *Återträffar efter avslutad Hanenutbildning - ett sätt att kvarhålla de positiva effekterna*. ISBN 978-91-7261-236-5

Rapport 6/2012 *Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning för skolbarn – SkolbarnsNIT*. ISBN 978-91-7261-235-8

Rapport 5/2012 *Hur upplevs hjälpmedlet bolltäckare av barn och ungdomar och deras närstående?* ISBN 978-91-7261-234-1

Rapport 4/2012 *Verktyg och metoder för att underlätta samtal med barn och ungdomar*. ISBN 978-91-7261-233-4

Rapport 3/2012 *Användning av The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) i samband med förskrivning av datorhjälpmedel*. ISBN 978-91-7261-231-0

Rapport 2/2012 *Rehabiliteringsprocessen i fokus – del 3*. ISBN 978-91-7261-229-7

Rapport 1/2012 *Vibrationsträningens effekter på ungdomar med cerebral pares*. ISBN 978-91-7261-228-0

Rapport 1/2011 *Barnperspektiv på vibrationsträning*. ISBN 978-91-7261-225-9

Rapport 7/2010 *"Alla tror att det är krig..." Om barns och vuxnas förhållande till tv- och datorspel i habilitering*. ISBN 978-91-7261-219-8

Rapport 6/2010 *Strategier för implementering*. ISBN 978-91-7261-211-2

Rapport 5/2010 *Mindfulness vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-210-5

Rapport 4/2010 *Hur upplevs hjälpmedlet Handi av ungdomar med kognitiva funktionsnedsättningar och deras närstående?* ISBN 978-91-7261-206-8

Rapport 3/2010 *"Spegel, spegel i gruppen här - säg mig vem jag är"*. ISBN 978-91-7261-201-3

Rapport 2/2010 *Arbetsminnesträning med RoboMemo efter förvärvad hjärnskada*. ISBN 978-91-7261-200-6

Rapport 1/2010 *Hur ridsjukgymnastik påverkar barns välbefinnande*. ISBN 978-91-7261-197-9

Rapport 8/2009 *Webbenkät – en metodutveckling för att stärka delaktigheten i dövteamets verksamhet*. ISBN 978-91-7261-180-1

Rapport 7/2009 *Spel som lust och träning - om tv- och datorspel för barn och ungdomar i habilitering*. ISBN 978-91-7261-177-1

Rapport 6/2009 *SpeechEasy – ett hjälpmedel för talflyt*. ISBN 978-91-7261-173-3



Rapport 5/2009 *Uppföljning av arbetsminnesträning - RoboMemo för barn med autismspektrumstörning*. ISBN 978-91-7261-170-2

Rapport 4/2009 *Tinnitus Retraining Therapy*. ISBN 978-91-7261-169-6

Rapport 3/2009 *Jag och mitt föräldraskap - ett samtalsstöd till föräldrar vars barn har funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-168-9

Rapport 2/2009 *Uppföljning av studien RoboMemo - Utvärdering av arbetsminnesträning för barn med ADHD*. ISBN 978-91-7261-166-5

Rapport 1/2009 *Kartläggning med kort - ett visuellt samtalsstöd*. ISBN 978-91-7261-163-4

Rapport 2/2008 *Implementering av kompensatoriska datorprogram i undervisningen*. ISBN 978-91-7261-151-1

Rapport 1/2008 *CI-terapi - en intensiv målinriktad träningsform för barn med cerebral pares*. ISBN 978-91-7261-146-7

Rapport 11/2007 *Finns det genvägar till Internet?* ISBN 978-91-7261-119-1

Rapport 10/2007 *"Jag har en egen vilja och egen talan"*. ISBN 978-91-7261-118-4

Rapport 9/2007 *ReMemo, ett minnesträningsprogram för Vuxenhabiliteringens målgrupp?* ISBN 978-91-7261-115-3

Rapport 8/2007 *RoboMemo – en utvärdering av arbetsminnesträning för barn med ADHD*. ISBN 978-91-7261-106-1

Rapport 7/2007 *Träning av arbetsminnet med RoboMemo*. ISBN 978-92-7261-105-7

Rapport 6/2007 *Att införa ett salutogent arbetssätt inom Barn- och ungdomshabiliteringen*. ISBN 978-91-7261-103-0

Rapport 5/2007 *Att vara ung med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-092-7

Rapport 4/2007 *Tidsbegränsade, intensiva, fokuserade, målinriktade och nätverksbaserade insatser på Barn- och ungdomshabiliteringen i Region Skåne*. ISBN 978-91-7261-091-0

Rapport 3/2007 *Habilitering af børn i et familiecentreret perspektiv*. ISBN 978-91-7261-083-5

Rapport 2/2007 *Intensiv målinriktad motorisk träning på hästryggen*. ISBN 978-91-7261-078-1

Rapport 1/2007 *Ordinerade samtalsapparater - brukares användning och tillfredsställelse*. ISBN 91-7261-074-3

Rapport 4/2006 *Det sociala livet kring ett bilvrak*. ISBN 91-7261-073-7

Rapport 3/2006 *Utvidgad bedömning - en metod att förstå ett barns autism*. ISBN 91-7261-060-3

Rapport 2/2006 *AKK med hjälp av pektdator för barn med autism*. ISBN 91-7261-055-7

Rapport 1/2006 *Hanen föräldrautbildning - en utvärdering*. ISBN 01-7261-054-9

Rapport 4/2005 *Cirkus - en annorlunda träningsform för barn och ungdomar inom habiliteringen*. ISBN 91-7261-051-4

Rapport 3/2005 *Hur använder barn med autism pektdator som alternativ kommunikation?* ISBN 91-7261-044-1

Rapport 2/2005 *Habiliteringen i Malmö. Så växte den fram*. ISBN 91-7261-042-5

Rapport 1/2005 *Hur taktill massage påverkar ungdomar med smärtproblematik*. ISBN 91-7261-043-3

Rapport 2/2004 *Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning NIT*. ISBN 91-7261-039-5

Rapport 1/2004 *Från bildterapi till Cor ad Cor inom barn- och ungdomshabiliteringen*. ISBN 91-7261-037-9

Rapport 3/2003 *Tid till eget ansvar?* ISBN 91-7261-036-0

Rapport 2/2003 *Farvatten och blindskär i barnhabilitering*. ISBN 91-7261-035-2

Rapport 1/2003 *Barns upplevelser av delaktighet i sin habilitering*. ISBN 91-7261-034-4

Rapport 2/2002 *Döva i Skåne. Från projekt till regionalt resursteam för döva*. ISBN 91-7261-030-1

Rapport 1/2002 *Föräldrars upplevelse av delaktighet*. ISBN 91-7261-000-X