

STANDARDMALL KAN GE STÖD I BEHANDLINGEN

Med utgångspunkt i ett projekt rörande bosniska krigsfångar vid tre specialiserade behandlingsenheter i Stockholm gjordes en retrospektiv journalstudie. Studien skulle beskriva gruppens sociala situation, flyktingskap, trauman och behandlingsinsatser samt ge impulser till fortsatt forskning.

Några tydliga samband mellan trauma och symtom kunde inte påvisas, möjligen på grund av att gruppen till en betydande del är multitraumatiserad. Genomgången visade att en gemensam journalmall för arbete med traumatiserade flyktingar skulle ge ett bra stöd i behandlingen och vara underlag för jämförande studier.

Under 1993 fattade svenska regeringen beslut om speciella anslag till bosniska flyktingar då man förutsåg att denna grupp skulle vara i behov av speciella insatser på grund av starkt traumatisk bakgrund i hemlandet.

Fram till april 1994 hade Statens Invandrarverk tecknat avtal om kommunplacering av 9 750 bosnier i Stockholms län, och under hösten 1994 ökade gruppen bosniska kvotflyktingar med stora sjukvårdsbehov.

I Stockholms läns landsting initierades ett projekt för bosniska flyktingar, Bosnienprojektet [1, 2]. Projektets uppgifter har bl a varit att samordna de resurser som finns att tillgå för gruppen, handleda behandlingspersonal inom psykiatrisk och somatisk vård samt att stå för specialistinsatser. Bosnienprojektet startade sin verksamhet i februari 1994 och förlades till den öppensykiatriska mottagningen Kronan i Sundbyberg. Inom Bosnienprojektet arbetar psykiater, psykolog och sjuksköterska.

Under hösten 1994 föddes tankar om en journalmall som skulle dels underlätta en beskrivning av patientgruppen, dels ge material till fortsatt forskning kring behandling av posttraumatiskt



stressyndrom, PTSD. För att täcka en så stor del som möjligt av patientpopulationen kontaktades andra mottagningar i Stockholm som arbetar med traumatiserade flyktingar: Centrum för tortyr- och traumaskadade (CTD) och Röda korsets center för torterade flyktingar (RKC).

RKC startades som ett projekt 1985 för att uppmärksamma den ordinarie vården på gruppen torterade flyktingar. Projektet permanentades och fick ett avtal med Stockholms läns landsting som innebär att 150 bedömningar och 50 behandlingar ska avslutas per år. I uppdraget ingår också metodutveckling och information till vårdpersonal inom Stockholms läns landsting. Vid RKC arbetar allmänläkare, psykiater, psykologer, sjukgymnast, sjuksköterska/barnmorska, socionom/familjeterapeut på sammanlagt 10,5 tjänster. Dessutom finns flera konsulter knutna till centret, bl a gynekolog, neurolog, tandläkare, barnläkare och barnpsykolog [3].

Centrum för tortyr- och traumaskadade startades 1992 inom ramen för Hälsoinvest efter avtal med Stockholms läns landsting. I uppdraget ingår förutom kortare behandlingar också diagnostik, konsultation till ordinarie vårdgivare, metodutveckling och information. Vid CTD finns sju anställda: psykologer, rättsmedicinare, psykiater och socionomer. Till CTD finns även konsulter knutna: rättsmedicinare, hudläkare, kirurg, röntgenläkare, forskningspsykolog och fotograf [4].

Syfte

Under diskussioner mellan representanter för de tre enheterna utkristalliserades syftet med den gemensamma studien:

- Att beskriva patientpopulationen med avseende på social situation, flyktingskap, trauman och behandlingsinsatser.

Författare

HARTMUT APITZSCH

leg psykolog, Centrum för tortyr- och traumaskadade, Karolinska sjukhuset, Stockholm

NILS-GUSTAF ERIKSSON

specialist i psykiatri, överläkare, Bosnienprojektet, Karolinska sjukhuset, Kronans psykiatriska öppenvårdsmottagning, Sundbyberg

STEN W JAKOBSSON

docent i rättsmedicin, överläkare, Centrum för tortyr- och traumaskadade, Karolinska sjukhuset, Stockholm

LENA LINDGREN

leg psykolog, Röda korsets center för torterade flyktingar, Stockholm

TOM LUNDIN

docent i psykiatri, överläkare, Bosnienprojektet, Karolinska sjukhuset, Kronans psykiatriska öppenvårdsmottagning, Sundbyberg

PAUL MOVSCHEMSON

specialist i psykiatri, överläkare, Röda korsets center för torterade flyktingar, Stockholm

PER SANDBERG

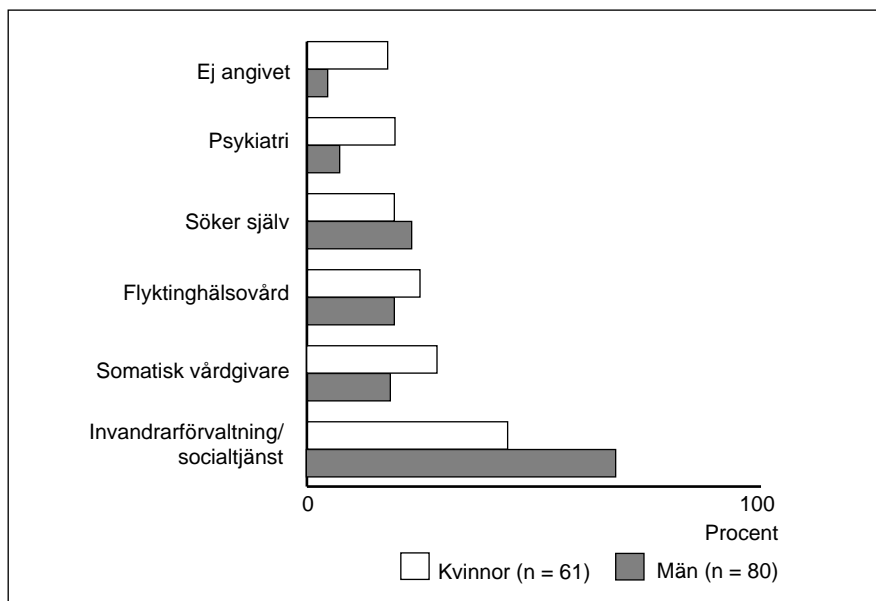
psykolog, Bosnienprojektet, Karolinska sjukhuset, Kronans psykiatriska öppenvårdsmottagning, Sundbyberg

GUNILLA SUNDQVIST

leg psykolog, Bosnienprojektet, Karolinska sjukhuset, Kronans psykiatriska öppenvårdsmottagning, Sundbyberg.

Hartmut Apitzsch avled innan studien avslutades.

- Att få en överblick över de erfarenheter som utvunnits vid Bosnienprojektet, CTD och RKC i fråga om den bosniska patientgruppens sammansättning och utförda behandlingsinsatser.
- Att beskriva och diskutera behandlingsinsatsernas utformning och möjliga förbättringar.
- Att genom systematisering av erfa-



Figur 1. Remisskälla till behandlande enhet, jämförelse kvinnor och män.

renheterna kunna ge impulser till fortsatt och fördjupad forskning kring patientgruppen och dess behandlingsbehov.

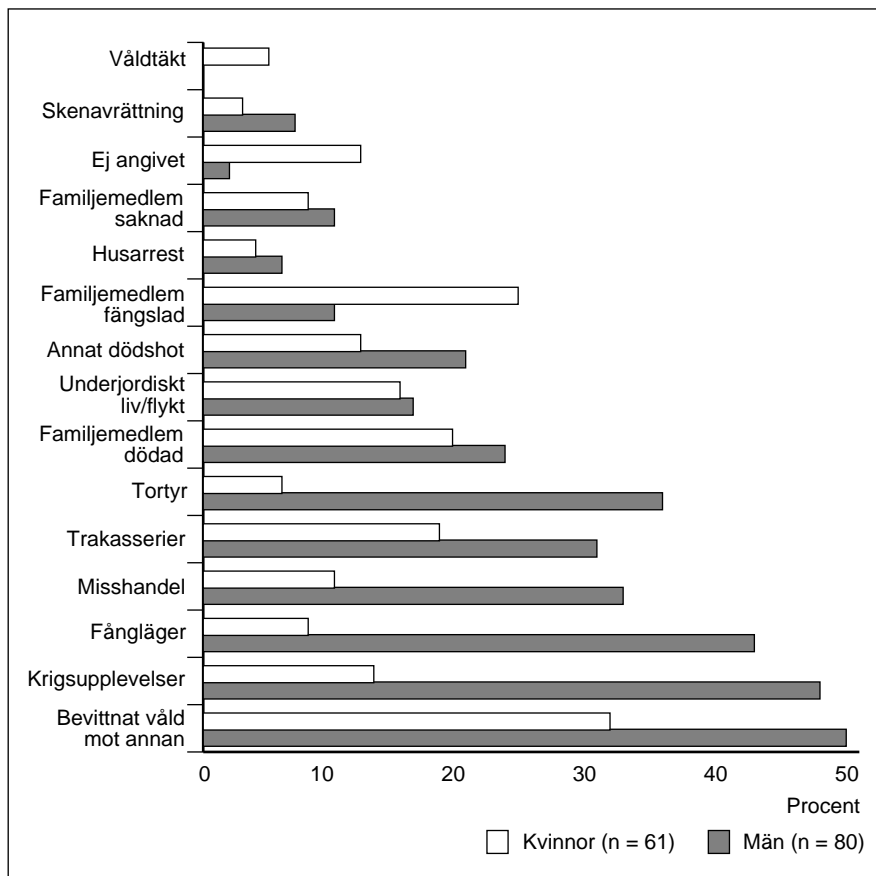
Metod och material

Formulär för journalstudie. Först gick man igenom de tre enheternas olika journalmallar samt mallen för journalgenomgång som använts vid Stockholms läns landstings utvärdering av verksamheten vid CTD och RKC [5]. Därefter utarbetades det formulär som

ligger till grund för denna undersökning.

Formuläret omfattar bakgrundsdata, såsom uppgifter om ålder, kön, civilstånd, utbildning, tidpunkt för ankomst till Sverige och legal status. Formuläret täcker också uppgifter om hälsotillstånd och medicinering vid bedöm-

Figur 2. Fördelning av angiven traumatisk exponering mellan kvinnor och män.



ningstillfället och före kriget, remisskälla, frågeställning, behandling/åtgärder och avslutningssätt. I formuläret finns 16 trauman namngivna, med möjlighet att – notera om personen blivit utsatt för och/eller begått någon av dessa handlingar, samt antal gånger trauman inträffat.

De trauman som finns angivna är tortyr, misshandel, skenavrättning, våldtäkt, dödshot, trakasserier, krigsupplevelser, bevittnat våld mot annan, vistelse i skyddsrum/källare, husarrest, underjordiskt liv/flykt, vistelse i fängelse, vistelse i fängslager, familjemedlem fängslad, familjemedlem saknad och familjemedlem dödad.

Formuläret innehåller en symtomlista som omfattar sådana besvär som patienten själv rapporterar, och sådana symtom som behandlaren noterar utifrån den kontakt som patienten ger. De symtom som finns upptagna i formuläret är anpassningsproblem, explosiva tillstånd, vredesutbrott, undandragande, avskärmning, anhedoni, apati, alexitymi, amnesi, depersonalisering, derealisering, andra dissociativa symtom, psykosomatiska besvär, huvudvärk, smärtförmimmelser, koncentrationssvårigheter, sömnrubbingar, mardrömmar, s k flashbacks, påträngande minnesbilder, påträngande tankar, skuld-känslor, skamkänslor, misstänksamhet, ångest, panikattacker och sexuell dysfunktion, depressiva symtom, psykotiska symtom och paranoida symtom. Huvuddiagnos och bidiagnos i enlighet med den amerikanska psykiatriklassifikationen DSM-III-R [6] noteras i de fall de förekommer i journalen.

Genomförande. Undersökningen har genomförts som en retrospektiv journalstudie där de uppgifter som inhämtats gäller status vid anamnesupptagning, förutom behandlingsinsatser vilka avser hela året 1994.

Uppgifter ur journaler vid de tre enheterna har inhämtats av två psykologer och den statistiska sammanställningen har genomförts av en av dessa.

Studien omfattar patienter som måste uppfylla tre kriterier:

1. Har gått i behandling vid någon av de tre medverkande enheterna under 1994,
2. kommit till Sverige efter 1 januari 1992, och
3. utvandrat från Bosnien-Hercegovina enligt FN:s gränsdefinition.

Sammanlagt uppgick gruppen till 141 patienter varav 84 var från Bosnienprojektet, 53 från CTD och 4 från RKC.

Resultat

Beskrivning av hela gruppen. Gruppen består av 80 män och 61 kvin-

ANNONS

Figur 3. Fördelning av angivna symtom mellan kvinnor och män.

nor med en medelålder av 38,5 år. Drygt 90 procent har permanent uppehållstillstånd, knappt 69 procent är gifta/sammanboende och 25,5 procent ensamstående. En så stor andel som 55,5 procent har fått förstahandskontrakt på bostad, 20 procent bor i förläggning och inte någon i materialet är bostadslös.

Drygt hälften av patienterna har kommit i kontakt med den behandlande enheten via socialtjänst/invandrarförvaltning och knappt en fjärdedel via vårdinstanser (Figur 1). De vanligaste frågeställningarna vid remiss är stödsamtal, 59,5 procent, och bedömning, utredning, intyg, 52 procent.

Den mest rapporterade traumatiska händelsen är »bevitnat våld mot annan», följt av »krigsupplevelser», »misshandel», »vistelse i fångläger», »trakasserier», »tortyr» och »familjemedlem dödad» (Figur 2). En majoritet, 73 procent, rapporterar två eller flera traumatiska händelser, för 8,5 procent saknas uppgifter.

Sömnrubbingar är det vanligaste symtomet, 79 procent, följt av depressiva symtom, 58 procent, och koncentrationssvårigheter, 57 procent. Övriga symtom som rapporteras frekvent är de som ingår i PTSD-bilden. Skamkänslor och sexuell dysfunktion är symtom som rapporteras i liten utsträckning (Figur 3).

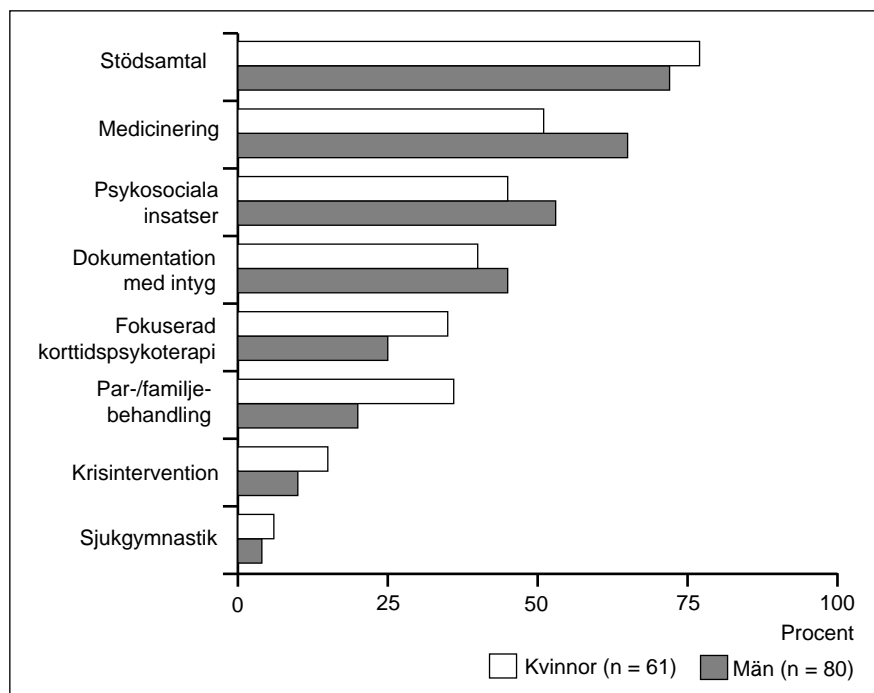
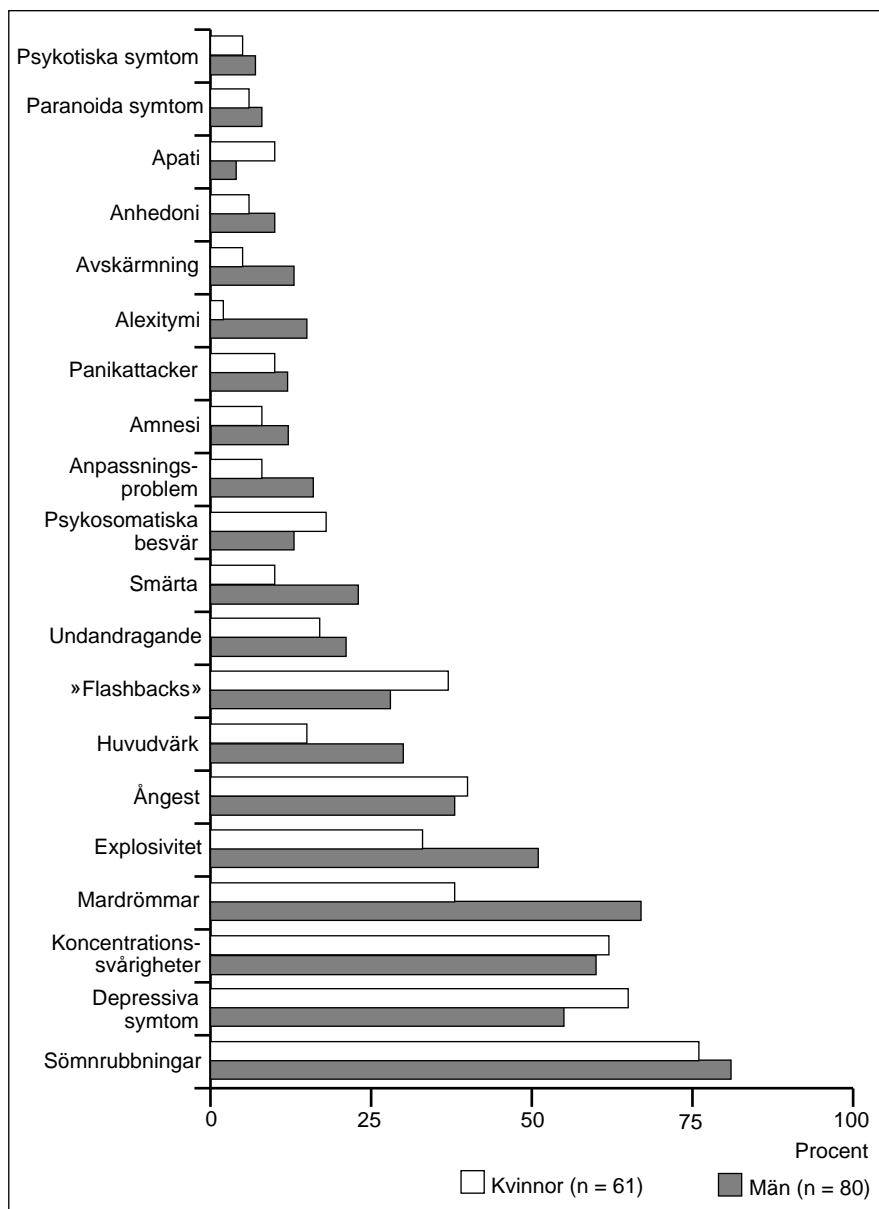
Vid anamnesupptagning uppger 95 procent att de lider av »psyksiska besvär», 39 procent har »somatiska sjukdomar/besvär» och nästan 20 procent har rapporterat »kroppsliga skador». Endast 1,5 procent anser sig vara »väsentligen frisk».

Hälsotillståndet före krigsutbrottet anges i 67 procent av fallen ha varit »väsentligen frisk», 10,5 procent rapporterar »somatiska sjukdomar/besvär» och endast 6,5 uppger »psyksiska besvär» före kriget. I 22 procent av de studerade journalerna saknas uppgift om hälsotillstånd före kriget.

Stödsamtal är den vanligast förekommande åtgärden följt av medicinering och socialkurativa insatser. Behandlingen sker inom ramen av par-/familjesamtal i en fjärdedel av fallen och fokuserad korttidspsykoterapi ges till knappt en tredjedel av gruppen (Figur 4). Inga andra former av psykoterapi förekommer i gruppen.

Sjukgymnastisk behandling är sällsynt, knappt 3 procent av patienterna får sådan behandling. En majoritet av den

Figur 4. Behandlingsinsatser fördelade på kvinnor och män.



ANNONS

ANNONS

undersökta gruppen får flera olika behandlingar. De som har avslutat sina behandlingar har i medeltal 5,4 besök hos någon av de behandlande instanserna, 44 procent hade inte avslutat kontakten med den aktuella enheten vid 1994 års utgång.

Vanligt förekommande mediciner är antidepressiva, sömnmedel, lugnande medel och neuroleptika (Figur 5). De angivna medicinerna har ordinerats till patienten av annan vårdgivare före anamnesupptagning eller ordinerades under behandlingen vid respektive enhet. Endast 12 personer förskrevs bensodiazepiner. I 27,5 procent av de studerade journalerna framkommer inte någon aktuell medicinering.

Upplevda trauman. Det vanligaste traumat är »bevitnat våld mot annan», vilket rapporteras av 58 personer. »Krigsupplevelser» rapporteras av 45 personer, 38 personer har angett »visstelse i fångläger» och lika många har rapporterat »misshandel». 35 personer berättar om »trakasserier», 32 personer har angett »tortyr», 30 personer har angett att de har minst en »familjemedlem dödad», 23 personer har utsatts för »dödshot» och 7 har utsatts för »skenavrättning» (Figur 2).

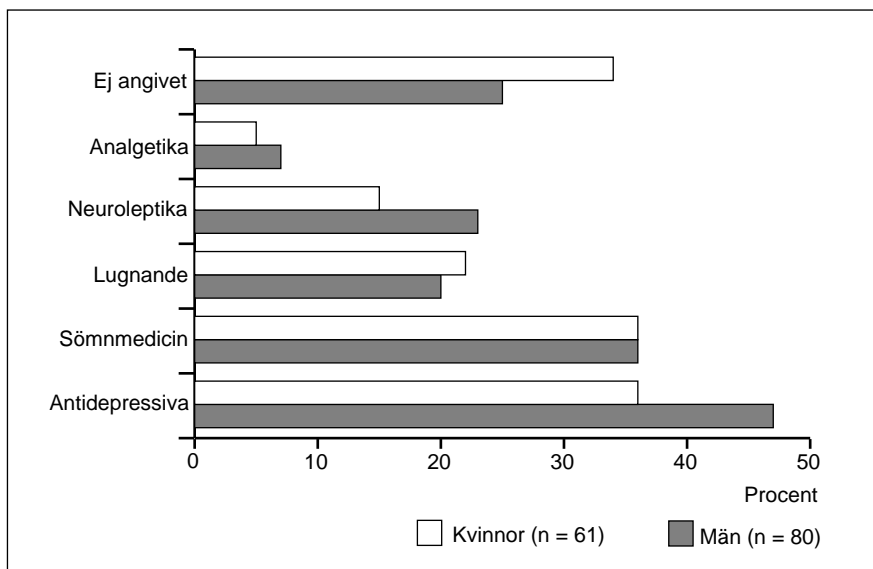
Syntombild. De mest förekommande symtomen är »sömnrubbingar», »depressiva symtom», »koncentrationssvårigheter», »mardrömmar» och »explosivitet». De som rapporterar dessa symtom har i större utsträckning genomlevt trauman där de varit direkt utsatta eller delaktiga (Figur 6). De har också i större utsträckning än genomsnittet rapporterat två eller fler trauman.

Bland dem som rapporterar att de utsatts för ett trauma riktat mot individen – »tortyr», »skenavrättning» – är de flesta symtom mer förekommande än bland dem som rapporterar trauman i form av verklig eller befard förlust – »familjemedlem dödad», »familjemedlem saknad» (Figur 7). De som anger »familjemedlem saknad» eller »familjemedlem dödad» har en svag övervikt på »avoidance»-symtom jämfört med dem som varit utsatta för direkt våld. Den senare gruppen har i större utsträckning rapporterat »arousal»-symtom (överspändhet).

Jämförelse av några undergrupper

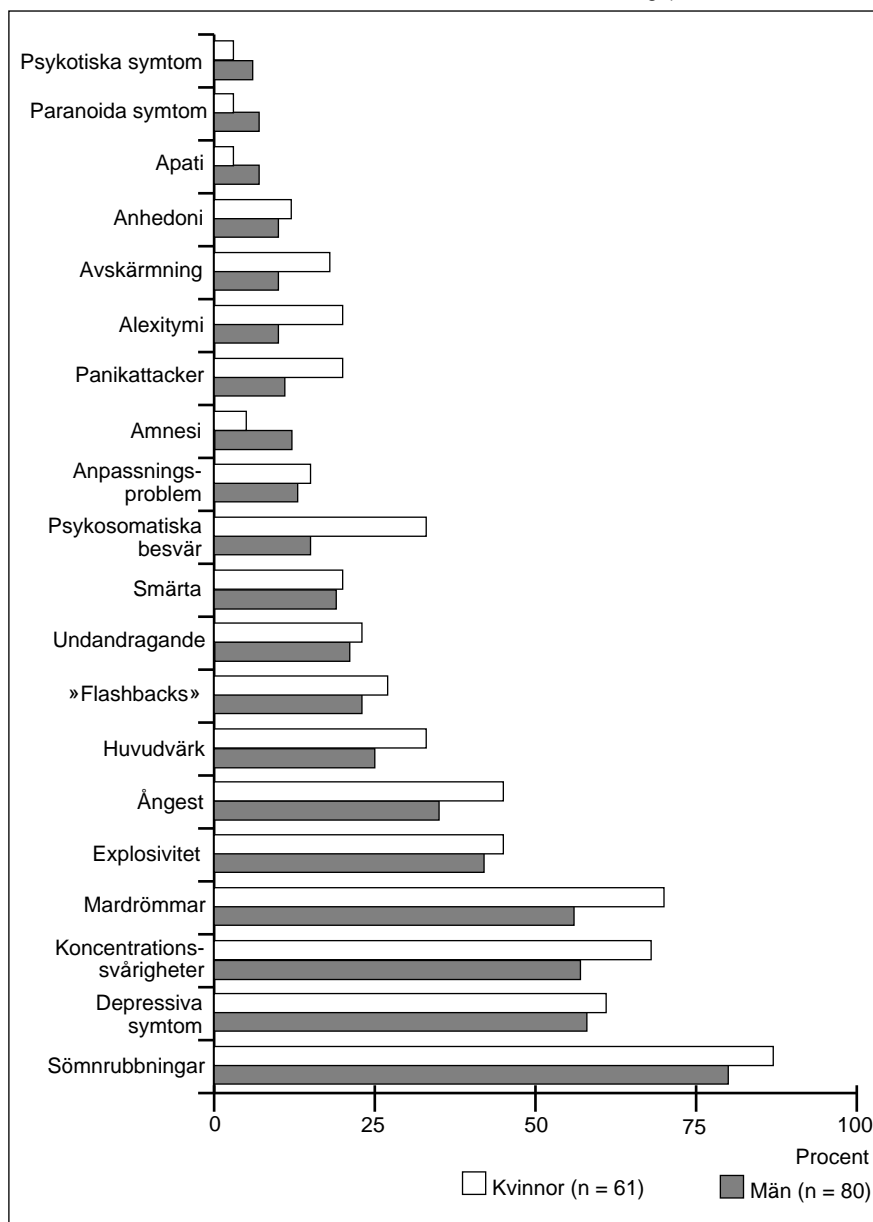
Män och kvinnor. Männen tycks ha en mer otrygg situation än kvinnorna. Fler är asylsökande eller har fått avvisningsbeslut, fler saknar förstahandskontrakt och bor under förläggningssliknande omständigheter eller är inneboende, och fler män är ensamstående.

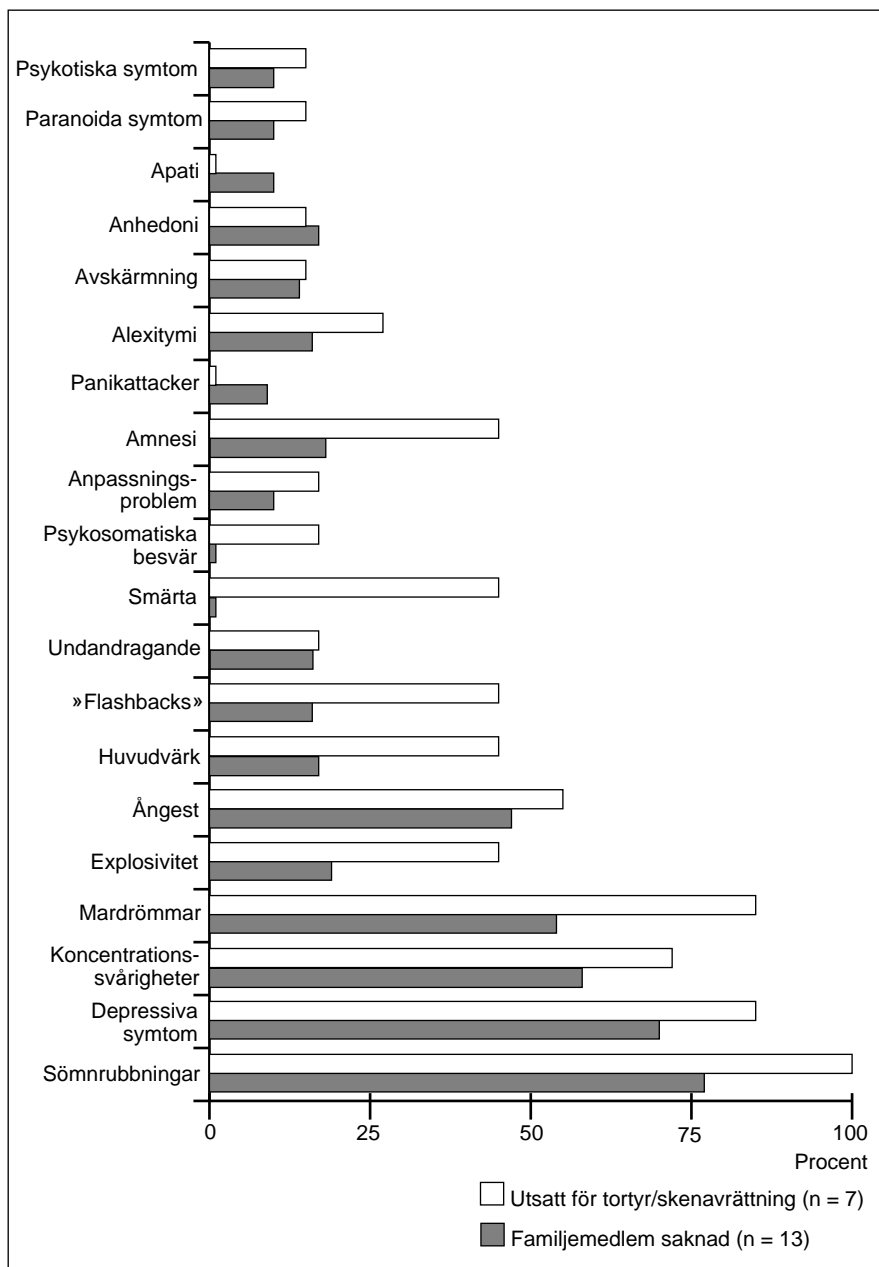
Män och kvinnor skiljer sig åt beträff-



Figur 5. Fördelning av medicinering mellan kvinnor och män.

Figur 6. Symtomprofil hos gruppen med krigsupplevelser (utsatta för direkt våld eller varit delaktiga).





Figur 7. Symtomprofil hos en grupp utsatt för direkt våld (tortyr/skenavrättning) jämförd med en grupp utsatt för verklig eller beförd förlust.

fände hur kontakten med den behandlande enheten skett. Männerna har remitterats från social-/invandrarförvaltning eller sökt själva i större utsträckning. Kvinnorna har i större utsträckning remitterats via andra vårdgivare (Figur 1). Män rapporterar fler trauman än kvinnor, med undantag av »våldtäkt» och »familjemedlem saknad». I materialet syns en tendens att kvinnor oftare än män rapporterar symtom som apati och psykosomatiska besvär (Figur 3).

Av männen har 70 procent fått PTSD som huvuddiagnos och 52,5 procent av kvinnorna har fått samma diagnos. Nästan 15 procent av kvinnorna har depression som huvuddiagnos och motsvarande siffra för männen är 2,5 procent.

Behandlingsbilden ser olika ut för män och kvinnor. En större andel av kvinnorna har fått stödsamtal, korttids-

psykoterapi och par-/familjesamtal. En större andel av männen har fått mediciner och socialt kurativa insatser (Figur 4). Bland de avslutade kontakterna har männen ett större antal besök; i medeltal 6 att jämföras med kvinnornas 4,7.

Äldre än 50 år. Till gruppen 50 år eller äldre hör 19 personer vid tidpunkten för anamnesupptagning: 11 män och 8 kvinnor. Ingen av de äldre är asylsökande eller avvisad, samtliga har uppehållstillstånd. De äldre remitteras i större utsträckning än gruppen som helhet via somatiska vårdgivare. De äldre har också i större utsträckning rapporterat åkommor och besvär före krigsutbrot-

tet. De flesta efterfrågade symtom är mer förekommande bland de äldre än i gruppen som helhet. Av de äldre har 90 procent PTSD som huvuddiagnos.

De äldre är föremål för fler behandlingsinsatser än gruppen som helhet, de får i större utsträckning dokumentation/intyg, parsamtal, socialt kurativa insatser och mediciner. Vid slutet av 1994 har 74 procent av de äldre en pågående kontakt.

Sammanboende och ensamstående. Medelåldern bland de ensamstående är 29 år och bland de sammanboende 41 år. De ensamstående bor i större utsträckning på förläggningar och liknande, och har i mindre grad fått lägenhetskontrakt i första hand. Grupperna skiljer sig åt vad gäller genomgångna trauman. Bland de ensamstående är »krigsupplevelser» den vanligaste traumatiska upplevelsen, för sammanboende är det »bevittnat våld mot annan».

De ensamstående uppger att de upplevt i medeltal färre trauman än de sammanboende. De sammanboende har i något större utsträckning fått diagnosen PTSD, 68 procent jämfört med 53 procent av de ensamstående.

Diskussion

Med tanke på den korta tid de bosniska krigsflyktningarna varit i Sverige förefaller de vara relativt väletablerade, de har i stor utsträckning permanent uppehållstillstånd, fast bostad och lever i familj. Jämfört med situationen för andra flyktinggrupper verkar det omgivande samhället ha en mer tillmötesgående inställning gentemot den bosniska flyktinggruppen. Det blir tydligt i fråga om väntetid på bostad och uppehållstillstånd samt ekonomiska resurser för behandlingsinsatser.

Trots att gruppen som helhet nu mår dåligt och rapporterar många psykiska och somatiska besvär har de flesta varit vid god hälsa före kriget. Man kan anta att de som klarat krigets påfrestningar är de som varit starkast fysiskt och psykiskt. I dagsläget är dock hälsotillståndet dåligt och påverkan från genomgångna trauman är uppenbar varför gruppen är i behov av mycket och mångsidig hjälp.

Gruppen är relativt nyanländ till Sverige, vilket bl a påverkar behovet av socialt kurativa insatser. Att behovet är så stort tyder på att informationen inte går fram, vilket möjligen kan förklaras av att en stor andel lider av koncentrations-svårigheter. En större samordning mellan de instanser som möter flyktingarna kunde vara ett sätt att möta behovet.

I hela gruppen är det bara tre personer som rapporterat att de utsatts för våldtäkt. Detta kan förklaras bl a med

kulturella aspekter; i den muslimska gruppen är det mycket stigmatiserande att ha utsatts för den skändning en våldtäkt innebär. Det förekommer att patienter begär att behandlaren inte ska notera sådana uppgifter i journalen. En annan förklaring kan vara att behandlingskontakterna har varit relativt korta, och berättelser om integritetskränkande trauman förutsätter en hög grad av tillit, vilket ofta kräver en längre tids kontakt. Våra samlade intryck från behandlingsarbetet visar att det i gruppen finns en rädsla för att avslöjande av kränkningar ska leda till ett upptrappat våld med hämndaktioner och represalier.

Behandlare har olika stor benägenhet att fråga eller inbjuda patienten till att tala kring olika ämnen. Det kan medföra att trauman eller symtom som berör känsliga ämnen inte heller syns i journalen. Journaler utgörs ofta av summariska sammanfattningar vilket också innebär att allt som sagts under samtalet inte kommer fram.

Skuld känsla

Skuld känslor rapporteras i större utsträckning av ensamstående än av sammanboende. I många fall har skuld känslor rapporterats av unga före detta soldater som sätter dessa känslor i samband med att de deserterat. Vi tror att den typen av skuld och skuld känslor är lättare att rapportera än skuld känslor förknippade med delaktighet i krigshandlingar eller överlevnadsskuld. Överlevnadsskuld är ofta svår att verbalisera då den bygger på omedvetna föreställningar om att ha överlevt på någon annans bekostnad.

Vad gäller behandlingsinsatser har männen i större utsträckning än kvinnorna blivit föremål för konkreta åtgärder, såsom dokumentation med intyg, medicinering och socialt kurativa insatser. Männen har också fler besök än kvinnorna. Kvinnorna har fått behandlingsinsatser som vi förmodar bygger mer på emotionell bearbetning, t ex korttids terapi, par-/familjesamtal och stödsamtal. Det tyder på att män är mer åtgärdsinriktade och kvinnor mer relaterande när de söker behandling, eller att behandlarna förhåller sig olika beroende på patientens kön.

Huvudvärk och smärtförmimmelser är vanliga symtom, men trots det har bara ett fåtal patienter fått sjukgymnastisk behandling. Om man till stor del har psykiatrisk inriktning i sitt arbete och det saknas behandlare med somatisk inriktning, kan helhetssynen bli lidande. Patienter som uttrycker sig främst genom kroppsliga symtom riskerar att bli missförstådda.

Gruppen 50 år och äldre är svårt belastad både somatiskt och psykiskt. En större andel av dessa än av gruppen som

helhet fortsatte kontakten med respektive mottagning vid 1994 års utgång. Det är troligt att deras vårdbehov blir mer långvarigt än de yngres. De äldre har lämnat framtiden bakom sig, framtiden är kvar i hemlandet. De ser inte samma möjligheter som de yngre att börja om.

Medvetna behandlare

Bensodiazepiner används sparsamt vid behandling. Det tolkar vi som en hög medvetenhet bland behandlarna om medicinernas effekter; vid PTSD lindrar bensodiazepiner »arousal»-fe-nomen till en början men ökar dem sedan på lång sikt, en låg dos neuroleptika har istället visat sig vara mer ändamålsenlig. I det undersökta materialet kommer depressiva symtom som nummer två avseende förekomst, och anti-depressiva är den vanligaste medicineringen.

Vid PTSD är det viktigt att urskilja om »avoidance»-, »intrusion»- eller »arousal»-symtom dominerar, eftersom de kräver olika typer av behandling.

Vi hade förväntat oss en tydligare skillnad i symtombild mellan dem som utsatts för direkt riktat våld och dem som förlorat en nära anhörig. Att vi inte fann tydligare skillnader kan bero på att de flesta patienter i studien varit utsatta för mer än ett trauma. Med en så sammansatt traumabild är det svårt att utläsa några samband mellan en viss typ av trauma och specifika symtom.

Genomförande

En retrospektiv journalstudie brottas alltid med problemet att journalerna är förda utan hänsyn till vilka frågor som kommer att ställas i studien. I denna studie har dessutom de tre enheterna olika kulturer vad gäller journalföring – en av enheterna för sällan in DSM-diagnostik vilket de andra två gör i stor utsträckning. Det finns olika syn på hur detaljerad journalföringen ska vara, ibland läggs tonvikten på symtom, ibland på uppväxtförhållanden och ibland på genomgångna trauman.

Denna variation finns inte bara mellan enheterna utan också mellan behandlare inom varje enhet. Dessa variationer leder till svårigheter då man vill jämföra material eller dra slutsatser om gruppen som helhet. Det är t ex svårt att tyda vad »trakasserier» inneburit. I första hand kommer patientens tolkning, sedan lägger behandlaren in sin tolkning av de händelser patienten berättar om och kan ge dem ett sammanfattande namn. Tolkningen sker också i ett tredje led då journalmaterialet sammanställs. Vad en person kallar trakasserier kanske en annan kallar misshandel eller tortyr.

Av materialet framkommer att grup-

pen mår dåligt, men eftersom vi saknar kontrollgrupp vet vi inte om den mår sämre än andra flyktinggrupper. Eftersom undersökningen är retrospektiv och deskriptiv har vi valt att inte inkludera en kontrollgrupp.

Med tanke på den massiva traumatiska exponeringen denna grupp varit utsatt för skulle det vara intressant att jämföra gruppen med andra flyktinggrupper med liknande och/eller enstaka och/eller utan trauman, såväl som med normalbefolkningen. Att finna tydliga samband mellan trauma och symtom är svårt eftersom de flesta flyktingar upplevt flera typer av trauman, t ex både varit utsatta för direkt/indirekt våld och upplevt förlust.

De erfarenheter som utvunnits från den bosniska gruppen bör kunna appliceras på andra flyktingar som har upplevt liknande trauman. En gemensam journalmall för arbetet med traumatiserade flyktingar skulle ge underlag för jämförande studier och fungera som stöd i behandlingen. Den skulle dessutom vara en guide för dem som tidigare inte arbetat med patienter med vuxentrauman. Det finns dock en risk att en mall i alltför hög grad skulle styra kontakten mellan behandlare och patient.

Ändring av formuläret

I det aktuella formuläret har mediciner tagits upp som preparattyp utan angivande av användningsområde. Vi såg vid bearbetningen av materialet att både preparattyp och användningsområde bör finnas med för att informationen ska bli meningsfull.

Även symtomlistan bör omarbetas eftersom den tar upp både enskilda symtom och symtomkluster som »depressiva symtom». Det vore bättre att vid datainsamlingen notera enskilda symtom och eventuellt i senare bearbetning sammanföra dem i kluster.

En noggrann dokumentation av symtom där det framkommer om t ex »avoidance»-, »intrusion»- eller »arousal»-symtom dominerar ger mer information om behandlingsinriktning än en diagnostik som PTSD. Journalmallen bör också ge utrymme för intervjudata som underlag för en personlighetsbedömning.

Heltäckande mall

En journalmall bör vara så heltäckande att den kan ge en helhetssyn på patientens situation, där varken kropp, själ eller social verklighet glöms bort. Patientens individuella särdrag måste bli synliga vad gäller både trauma och symtom. Dilemmat är att en journalmall som dels är heltäckande utan att för den skull styra arbetet för mycket, dels samtidigt ger utrymme för patientens individualitet kan bli svår att administrera. ►

Referenser

1. Eriksson NG. Bosnienprojektet vid PTSD-enheten, Karolinska sjukhuset. Kronans psykiatriska mottagning, Sundbyberg. Stockholms läns landsting: Årsrapport, 1994.
2. Eriksson NG. Flykt och återhämtning. Bosnienprojektet vid PTSD-enheten, Karolinska sjukhuset. Kronans psykiatriska mottagning, Sundbyberg. Stockholms läns landsting: Delrapport från Bosnienprojektet, 1996.
3. Röda Korsets Center för torterade flyktingar i Stockholm. Verksamhetsberättelse 1994.
4. Jakobsson SW, Apitzsch H, Malmström C. Efter tortyren. Centrum för tortyr- och traumaskadades årsbok, 1993. Stockholm: Liber utbildning AB, 1993.
5. Janson U, Theorell T. Utvärdering av verksamheten för tortyr- och traumaskadade flyktingar. Stockholms läns landsting: Slutrapport, HSN, 1995.
6. American Psychiatric Association. Mini-D-R. Diagnostiska kriterier enligt DSM-III-R. Stockholm: Pilgrim Press, 1987.

Summary

Case record study of post-traumatic stress disorder among refugees; A standardised case record format might aid treatment

Hartmut Apitzsch, Nils-Gustaf Eriksson, Sten W Jakobsson, Lena Lindgren, Tom Lundin, Paul Movschenson, Per Sandberg, Gunilla Sundqvist

Läkartidningen 1996; 93: 4285-94

A special project designed to aid Bosnian refugees in Stockholm County was initiated and funded by the County Council in February 1994. The present study, a joint endeavour involving the Bosnian Project, the Centre for Trauma and Torture Diagnostics, and the Red Cross Centre for torture victims, was designed to fulfil the following aims:

- To characterise the patient population in terms of social situation, trauma history, symptoms and treatment;
- To review accumulated experience at the three centres;
- To outline and discuss the treatment; and
- To suggest new avenues for further research concerning refugees and trauma.

To obtain comparable material for this retrospective review of case records at the three centres, a special case chart format was adopted, covering pre-war and pre-treatment information on general background, social situation, health status and medication, as well as trauma history, symptoms and treatment. Most patients reported good pre-war health, but at the time of the study exhibited manifest effects of trauma history; 95 per cent reported mental problems, and 39 per cent medical disease or physical disorders.

These refugees were thus characterised by manifest post-traumatic stress symptoms and need of treatment. Despite their relatively short time in Sweden, almost all had permanent residence permits and fixed addresses. The absence of a comparable control group precluded comparison with other refugee or normal populations. The findings suggest the need of co-ordination and co-operation between the special facilities available to refugees, and of a standardised format for case records.

Correspondence: Gunilla Sundqvist, Kronan Psychiatric Clinic, Box 1366, S-172 27 Sundbyberg.

KORTKLIPP



Rhinovirus drabbar äldre nästan som influensa

Infektioner orsakade av rhinovirus kan vara en nästan lika stor belastning som influensa för äldre. Kronisk ohälsa och rökning ökar risken för komplikationer i de nedre luftvägarna. Det visar en brittisk studie där 533 individer mellan 60 och 90 år följdes under två vintrar. Deltagarna intervjuades då per telefon varje vecka om symtom, läkarbesök och antibiotikabruk.

Under studien registrerades 497 episoder av respiratoriska sjukdomar. I 24 procent av fallen var orsaken rhinovirus, som var ensam patogen vid 107 infektioner hos 96 individer. Dessa var i genomsnitt sjuka i 16 dagar, 61 drabbades av nedre luftvägssyndrom, 41 sökte läkare och 31 fick antibiotika. En patient dog.

Deltagarna drabbades av nästan sex gånger så många symtomgivande infektioner med rhinovirus som av influensa A respektive B.

BMJ 1996; 313: 1119-23.

Antidepressiva vanliga bland äldre suicidfall

När depression hos äldre diagnostiserats måste man följa upp dem noga för att förebygga suicid. Eftersom äldre svarar långsammare än yngre på behandlingen kan de behöva psykologiskt och socialt stöd under en längre period. Kanske blir en del underbehandlade på de låga doser som rekommenderas för äldre, eftersom den individuella variationen är stor.

Fyra svenska forskare drar dessa slutsatser efter en studie av 75 individer över 65 år som begått självmord och som obducerats i Göteborg. I 51 fall visade journalerna att patienterna behandlats för affektiv sjukdom, i 36 fall under halvåret före dödsfallet. Antidepressiva hade förskrivits i 34 fall, litium i fyra och elektrokonvulsiv terapi i lika många. Ytterligare fyra hade enligt obduktionen tagit antidepressiva, och tre andra hade sökt psykiater under de tre veckorna före självmordet men inte fått något antidepressivum.

BMJ 1996; 313: 1118.

Ovarieablation förlänger liv vid tidiga fall av bröstcancer

En metaanalys med 15 års uppföljning av 12 randomiserade studier med mer än 2 100 deltagare tyder på att ovarieablation (genom kirurgi eller radiote-

rapi) förlänger överlevnaden och tiden utan återfall bland kvinnor som är under 50 år när de drabbas av bröstcancer, i varje fall bland dem som inte får kemo-terapi. Också bland kvinnor över 50 år, som vid randomiseringen i regel var peri- eller postmenopausala, förbättrades överlevnaden men inte signifikant.

Hittills har intresset i dessa studier fokuserat överlevnad, inte biverkningar eller den försämrade livskvalitet som tidig menopaus kan innebära.

Lancet 1996; 348: 1184, 1189-96.

Vaccin mot kokainmissbruk lovande i försök på möss

Försök på möss har ökat hoppet om att man skall finna en effektiv behandling mot kokainberoende, ett tillstånd där farmakologisk terapi hittills gett nedslående resultat.

Nu har amerikanska forskare testat ett vaccin som utlöste ett kraftigt och långvarigt antikroppssvar mot kokain hos möss. Hos immuniserade djur minskade kokainnivåerna i hjärnan kraftigt efter intravenös administrering, men det återstår att visa att vaccinet har någon effekt på drogintaget; kanske kommer missbrukare bara att kompensera minskningen i effekt genom att ta högre doser?

Nature Medicine 1996; 2: 1073-4, 1129-32.

Test för att spåra HIV ger säkra svar på en kvart

I grupper med relativt hög prevalens av HIV-infektion kan test som ger svar inom 10-15 minuter ha hög sensitivitet och högt negativt prediktivt värde. Specificiteten och det positiva prediktiva värdet är något lägre.

Det visar en studie av 837 patienter på ett sjukhus i USA, där traditionella test visade en HIV-prevalens på 5,4 procent. Hur pålitligt testet är i grupper med lägre HIV-prevalens är inte visat.

Eftersom det finns en risk för falskt positiva fynd har vårdgivare varit ovilliga att ge preliminära besked om HIV-smitta, vilket befarats öka risken för suicid. Forskning talar emellertid emot detta, och det finns stora vinster med snabbtest, noterar en ledarskribent, som förordar besked efter utslag i två olika snabbtest. Seropositiva kan då snabbt få stöd och terapi, vilket kan förbättra deras kliniska utsikter och minska vidare smittspridning.

Ann Intern Med 1996; 125: 471-5, 509-11.