

Introduktion til MTV-rapporten

Behandling og rehabilitering af PTSD - Post Traumatisk Stress Disorder



regionsyddanmark.dk



Region Syddanmark



Hvad er en MTV og hvorfor lave den?

Sundhedsstyrelsen definerer en MTV (medicinsk teknologivurdering) som en alsidig, systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende en medicinsk teknologi. En medicinsk teknologi kan være et konkret lægemiddel eller en behandlingsform.

En MTV skal indeholde analyse af konsekvenserne for de fire hovedområder: teknologi, økonomi, organisation og patient. Analyserne følges op af anbefalinger til den fremtidige tilrettelæggelse af behandlingen.

Center for Kvalitet i Region Syddanmark har i 2008 udarbejdet den første MTV - både nationalt og internationalt - på området for behandling af traumatiserede flygtninge.

I denne meget korte udgave af rapportens konklusioner er der lagt vægt på at præsentere områdets problemstillinger, behandlingsformerne og konsekvenser, som rapporten fremhæver i forbindelse med omkostninger, børnene i familien samt nogle af de etiske problemstillinger, der opstår i arbejdet med målgruppen.

Der er ligeledes lagt vægt på at præsentere rapportens anbefalinger til den fremtidige behandling og tilrettelæggelse af området.

Enkelte anbefalinger er udeladt i denne korte udgave. Det drejer sig om anbefalinger, der har en meget detaljeret karakter og/eller er meget fagspecifikke.

Udgivet af:
Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle
Telefon 7663 1000

Pr. 1.1.2008 udgjorde indvandrere og deres efterkommere 8,7% af den samlede danske befolkning. Mere end halvdelen af gruppen af indvandrere og deres efterkommere kommer fra europæiske lande.

Hvad er PTSD og hvordan diagnosticeres det?

Anbefaling: Som en forudsætning for beslutningen om et behandlingsforløb bør behandlingscentrene foretage en præcis vurdering af patientens psykosociale ressourcer i den samlede vurdering af patienten.

Anbefaling: Behandlingscentrene bør indføre ensartede vurderinger af patientgruppen.

PTSD (post-traumatisk belastningsreaktion) opstår som følge af, at man udsættes for en eller flere ekstreme traumatiske hændelser.

Den traumatiske hændelse kan være:

- dødsfald
- trussel om død
- lemlæstelse
- trussel mod ens egen eller pårørendes fysiske integritet (tortur, voldtægt, fængsling m.m.)

Symptomer på PTSD er:

- skyld
- skam
- mistillid
- tilknytningsproblemer
- en manglende tro på sikkerhed og retfærdighed
- personlighedsforandringer
- søvnproblemer
- aggressivitet
- passivitet m.m.

Fagfolk skelner mellem PTSD og kompleks PTSD. PTSD knytter sig primært til enkelthændelser (bilulykke, brand, terrorangreb) mens kompleks PTSD vil kunne opstå hos personer, der har været udsat for længerevarende totalitær kontrol og/eller organiseret vold. I nogle tilfælde er risikoen for kompleks PTSD forøget, når personen samtidig har oplevelsen af at leve som flygtning. Kompleks PTSD vil i en række tilfælde udvikle sig til en kronisk tilstand.

En undersøgelse af en større repræsentativ befolkningsgruppe i Australien viser, at omkring halvdelen af alle mennesker mindst én gang i deres liv har oplevet en begivenhed af traumatiserende karakter.

Ordforklaring

Psykosociale ressourcer:

Evnen til at indgå i sociale relationer med andre mennesker - nærtstående og i samfundet

De hyppigst forekommende begivenheder var:

- at være vidne til, at nogen blev alvorligt såret eller dræbt
- at miste familiemedlemmer
- livstruende ulykker
- katastrofer
- seksuelle forulempelser, herunder voldtægt

Lignende undersøgelser i nogle af de traditionelle fattigdoms- og krigshærgede flygtningelande viser, at flere i disse lande er udsat for traumatiske begivenheder.

Det er dog langt fra alle, der udvikler PTSD, fordi de har været udsat for en traumatisk begivenhed.

MTV-rapporten peger på følgende afgørende faktorer:

- omfanget af traumatiske begivenheder
- udviklingsmæssige faktorer
- sociale faktorer
- tilknytning
- om traumatet er upersonligt eller interpersonelt
- temperament
- genetiske faktorer
- fravær/tilstedeværelse af psykosociale ressourcer i omgivelserne
- stressfaktorer

Anvendelsen af PTSD diagnosen er forholdsvis ny i forhold til flygtningepopulationen. Det skyldes bl.a. en tidligere tendens til at tolke de psykiatriske problemstillinger og symptombilleder som udtryk for kulturelle forskelle, som derfor ikke kunne håndteres behandlingsmæssigt i det danske sundhedsvæsen.

Forskningen har påvist, at PTSD er et hjernemæssigt, alment menneskeligt reaktionsmønster.

Flytninge med PTSD

En analyse på tværs af flere vestlige lande fra 2005 anslår, at ca. 10% af den voksne flygtningebefolkning har PTSD med betydelige følgesygdomme.

En dansk undersøgelse viser, at knap halvdelen af de nyankomne flygtninge i de sidste fire måneder

af 2007 oplyste, at de havde været udsat for tortur, heraf havde knap halvdelen beviselige fysiske mén fra tortur.

To tredjedele af dem, der havde været udsat for tortur, havde PTSD.

Hvordan behandles PTSD og virker det?

Den behandling, der traditionelt anvendes i behandlingen og rehabiliteringen af patienter med PTSD er en "tværfaglig og specialiseret indsats". Indsatsen er sammensat af elementer inden for psykoterapi, medicinering, fysioterapi og socialrådgivning.

Der er ikke i MTV-rapporten fundet tilstrækkelige undersøgelser af elementernes samlede indsats, og derfor er de vurderet hver for sig.

Der er primært fundet resultater inden for den psykosociale behandling samt den medicinske.

Ordforklaring

Traumefokuseret eksponering:

Patienten udsættes for erindringer, syns- eller lydindtryk, der giver minder om traumat

Relationsfokuseret behandling:

se side 6

Behandling, hvor der fokuseres på de følelsesmæssige tilstande og behov i relationen, for eksempel i behandling af forældre - barn relationer

Relationelle ressourcer:

se side 6

Patientens evne til at kunne indgå forbindelse med andre mennesker - tilknytning, følelsesregulering

Mentaliseringsbaseret:

se side 6

Behandling, hvor der fokuseres på symptomernes og problemernes betydning og mening, på følelser, intentioner, behov, ønsker og motiver

Psykoedukation:

se side 7

Undervisning i hvordan sygdommen slår igennem, dens konsekvenser og hvordan man kan lære at leve med den

Psykosocial behandling

Anbefaling: Patienter med forholdsvis høje psykosociale ressourcer bør tilbydes mentaliseringsbaseret traumefokuseret behandling.

Anbefaling: Patienter med omfattende følgesygdomme og et mellemniveau af psykosociale ressourcer bør tilbydes systematisk opbyggede og velbeskrevne behandlingsformer med fokus på den psykosociale ressourceopbygning og lavere traumefokuseret eksponering.

Anbefaling: Patienter med lave psykosociale ressourcer bør tilbydes støttende og relationsfokuseret behandling med handlingsnær støtte i hverdagen.

Anbefaling: Den procentvise fordeling af disse tre ovennævnte hovedkategorier (lav-, mellem- eller højt-niveau af psykosociale ressourcer) bør hurtigst muligt kortlægges ved de specialiserede behandlingscentre.

Alle undersøgelser gennemgået i MTV-rapporten peger på en forholdsvis ringe forskel på effekten af de forskellige terapeutiske teknikker (kognitive behandlingsformer, eksponeringsteknikker og andre).

Det, der betyder noget for et positivt behandlingsresultat er:

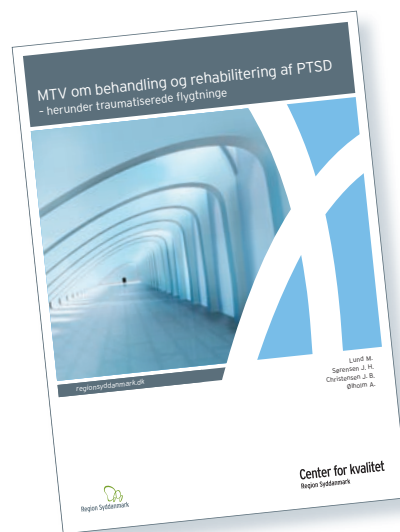
- at der er en følelsesmæssig virksom og mentaliserende relation mellem behandler og patient
- at svære traumatiske oplevelser og ustyrlige følelser ikke undgås
- at der sker en opbygning af patientens relationelle ressourcer som en forudsætning for en stigende eksponerende tilgang i behandlingen

MTV-rapporten gennemgår en række forskellige psykosociale behandlingsformer, herunder narrativ eksponeringsstrategi, kropsorienteret terapiform, kognitiv behandling med flere, og konkluderer, at de virker i en vis grad.

Bogen *MTV om behandling og rehabilitering af PTSD - herunder traumatiserede flygtninge* er på 380 sider.

Den er skrevet af Lund M., Sørensen J. H., Christensen J. B., Ølholm A. og udgivet af Region Syddanmark, Center for Kvalitet

Bogen kan downloades på www.regionsyddanmark.dk/psykiatri eller på www.centerforkvalitet.dk under publikationer



En stor del af patientgruppen vil dog uanset behandlingsform fortsat have væsentlige symptomer. Rapporten konkluderer, at der bør være mere fokus på både de psykosociale funktioner og de relationelle forhold omkring patienten.

Behandlingstiden vil typisk skulle vare 3-6 måneder for nogle af grupperne, mens det vil tage 6-18 måneder for andre grupper. Det vil især være patienter med meget lave psykosociale ressourcer, der har behov for en længerevarende, støttende og bred behandling og indsats.

Der vil være grupper, hvor oddsene for helbredelse er meget dårlige. Det er derfor vigtigt at være bevidst om, hvad målet med behandlingen er.

Målet kan være alt fra fuldstændig helbredelse, delvis helbredelse til symptomlindring og en generel forbedring af ressourcerne i familien, således at børn for eksempel ikke traumatiseres yderligere gennem deres forældre.

Medicinsk behandling

Anbefaling: Flygtninge med PTSD bør ved medicinering doseres lavt indtil virkningen på den enkelte patient kendes.

Generelt reagerer mange patienter med kronisk kompleks PTSD kraftigt på medicinsk behandling. Flygtninge med PTSD kan fra hjemlandene være uvante med medicinsk behandling. Derfor er det særlig vigtigt at undervise patienten om medicinens virkning og eventuelle bivirkninger.

Der kan ligeledes opstå komplikationer som følge af selvmedicinering (forskellige former for medicin medbragt fra hjemlandet, alkohol eller stoffer).

Der er i rapporten en gennemgang af en række psyko-farmaka, som har været anvendt til patientgruppen med godt eller mindre godt resultat.

Generelt er det sådan, at medicinering ikke kan stå alene. Medicinering bør ske i sammenhæng med psykosociale behandlingsformer.

Fysioterapi og socialrådgivning

Der er fundet positive resultater med forskellige fysioterapeutiske behandlingsformer som tillæg til den øvrige behandling. De positive resultater er fundet ved tidlig indgriben i forhold til, hvornår torturen fandt sted.

Socialrådgivning har primært til formål at fremme patientens integration og funktion i samfundet snarere end at lindre symptomer. Indsatsen kan dog afhjælpe nogle af de negative effekter ved PTSD - nemlig den sociale funktionsnedsættelse (arbejdsløshed, risikoadfærd, social isolation, inaktivitet o. lign.).

Psykoedukation

Anbefaling: Alle - også pårørende - bør tilbydes mentaliseringsbaserede psykoedukative programmer i grupper.

Psykoedukation ser ud til at forstærke behandlingsresultatet, hvis det tilbydes patienten og eventuelle pårørende før eller sideløbende med behandling.



Hvilke følgesygdomme knytter sig til PTSD?

Psykiske følger

Udover den kroniske udvikling af kompleks PTSD vil der hos mange følge andre psykiatriske lidelser. Et studie med mere end 5000 personer, der led af PTSD, viste at næsten halvdelen havde tre eller flere diagnoser foruden PTSD.

Det var oftest affektive lidelser (depression, mani), angstlidelser eller stofmisbrug (ofte som selvmedicinering over for traumerelaterede erindringer) eller forskellige former for personlighedsforstyrrelser.

Danske erfaringer viser, at de hyppigste psykiatriske følgediagnoser, er:

- akut belastningsreaktion
- posttraumatisk belastningsreaktion
- tilpasningsreaktion
- personlighedsændring efter katastrofeoplevelse
- akutte og forbigående psykoser
- vedvarende forandring af sindsstemning – nedtrykthed
- forstyrrelser i integrationen af erkendelse, identitet, hukommelse, sansningen, og vilje
- tilstand med vedvarende klager over dårligt legemligt helbred med ledsagende krav om undersøgelser og operationer, til trods for forsikringer om, at tidligere undersøgelser ikke har vist noget galt
- angstlidelser

Ordforklaring

Personlighedsforstyrrelse:

Fysiske følger

Personer, der har været udsatte for traumer, anvender sundhedssystemet mere end ikke traumatiserede. Det handler blandt andet om kredsløbssygdomme, forhøjet blodtryk og kroniske hjertesygdomme.

Amerikanske undersøgelser har herudover vist, at Vietnamveteraner med diagnosticeret PTSD har en overdødelighed i forhold til tilsvarende gruppe uden PTSD.

Sociale følger

Ved længerevarende PTSD ses ofte en sammensætning af reaktionsmønstre som:

- selvdestruktiv og impulsiv adfærd
- fjendtlighed
- social tilbagetrækning, isolation
- følelse af håbløshed
- somatisering
- afmagt
- et skadet forhold til omgivelser og netværk
- følelse af at være under en konstant trussel
- problemer med at styre, følelsesregulere og forstå egne børn

Uklarhed og/eller usikkerhed om egen identitet - giver sig udslag i at man bliver unuanceret og utilpasset

Børn i familier med PTSD

Anbefaling: Børn og unge i familier med PTSD bør tilbydes programmer til opbygning af interaktive psykosociale ressourcer.

Interpersonelle overgreb og svigt begået af ens egne forældre og familie får langt alvorligere konsekvenser for børn end overgreb begået af andre eller ikke intentionelle ulykker og katastrofer.

Det betyder, at traumer, som er påført af forældrene gennem krig, tortur og eksil, for børnene bliver til en sekundær traumatisering med betydning for relationen mellem forældre og barn. Denne type traumer anses for at være de mest skadelige og ødelæggende for den psykiske og sociale funktion.

Forældre med PTSD reagerer ofte med emotionel følelsesløshed. Det gør, at de virker utilgængelige for børnene, fjerner i deres relation, og det forhindrer dem i at have et accepterende og glædesfuld samspil med deres børn.

Dette manglende positive samspil mellem forældre og børn kan give sig til udtryk i aggressiv og antisocial adfærd hos børnene.

Undersøgelser viser, at der er større risiko for at udvikle PTSD ved traumatiske hændelser, hvis man tidligere har været udsat for udviklingsmæssige traumer.

Børn af traumatiserede forældre vil på grund af forældrenes manglende tilgængelighed og omsorgsevne udvikle angst for at mærke og tale om det, der sker i forældrenes og deres eget sind. Mentaliseringsevnen svækkes. Dette kan hos barnet føre til alvorlig identitetsforvirring og problemer med hukommelsen, herudover evnen til at sanse vilje og mening.

Barnet vil følgelig have svært ved at tale om og reflektere over følelser, mens følelserne er til stede. Hvis man ikke hjælper barnet med at opbygge evnen til at regulere sine følelser og reflektere, vil traumatiseringen fortsætte og i mere voldelige eller fanatiske miljøer, kan det give en tilbøjelighed til blind vold mod andre.

Ordforklaring

Interaktive psykosociale ressourcer:

I et samspil med andre at kunne indgå i sociale relationer

Interpersonelle overgreb:

Overgreb begået mellem mennesker

Kognitive evner:

Evnen til at tænke og opfatte

Undersøgelser i Danmark viser, at unge indvandrer-mænd har en 17 gange højere kontaktrate til psykiatrien end unge etnisk danske mænd.

Ligeledes viser undersøgelser, at der er markante etniske forskelle i unges psykiske trivsel og sygdomsforekomst - unge kvinder og mænd af anden etnisk baggrund har generelt dårligere psykisk trivsel, og de er oftere syge end danske unge kvinder og mænd.

Dette forklares bl.a. med, at psykiske traumer før og under flytningen til et fremmed land kan gøre det svært for mange indvandrere og flygtninge at skabe de fornødne psykosociale betingelser for en god opvækst for deres børn.

Undersøgelser viser, at børn, der vokser op med traumer og i traumatiserede familier, kan være meget alvorligt påvirkede i negativ retning.

Rapporten nævner bl.a.:

- forringede skolepræstationer og senere erhvervsevne
- formindskede kognitive evner
- problemer med kronisk stofmisbrug
- psykiske forstyrrelser
- problemer med fysisk helbred
- alvorlige problemer med følelsesregulering og relateringssevne



Følgesygdomme

En undersøgelse fra 1999 fandt, at kvinder, der havde været mishandlet som børn, havde flere medicinske diagnoser og højere sundhedskostninger end en tilsvarende kontrolgruppe. De havde flere infektionssygdomme, flere smertetilstande, forhøjet blodtryk, diabetes, astma, allergi samt unormale blødninger.

Børn

Efter terrorangrebet i USA den 11. september 2001 viste det sig, at børn mellem 4 og 17 år af de forældre, der ikke magtede at forholde sig til, hvad der foregik i deres børns sind, havde 11,1 gange så høj sandsynlighed for efterfølgende psykiske og adfærdsmæssige problemer.

De samfundsøkonomiske konsekvenser ved PTSD

Anbefaling: Behandlingscentrene bør foretage en grundig og systematisk vurdering af, hvilke patienter der bedst kan profitere af en given differentieret, systematisk og velbeskrevet behandling. I denne anbefaling ligger også, at det bør anerkendes, at mellem en tredjedel og halvdelen af patienterne ikke får tilstrækkeligt udbytte af de behandlingsformer, der hidtil er undersøgt.

Anbefaling: Der bør iværksættes undersøgelser, som kan belyse de økonomiske konsekvenser for forskellige teknologier. Samt undersøge de økonomiske effekter af forskellige former for organisering af behandling og rehabilitering af patienter med PTSD.

Der er væsentlige økonomiske omkostninger forbundet med at have PTSD.

Sundhedsøkonomiske omkostninger dækker bl.a. over:

- sygefravær
- uarbejdsdygtighed
- reduceret produktivitet i arbejdstiden
- øget frekvens af selvmordsforsøg
- øget misbrug
- øget forbrug af sundhedsydelser generelt (herunder skadestuebesøg, indlæggelser, praktiserende læger og medicinudgifter)

Dertil kommer omkostninger til selve behandlingen af PTSD. En tidlig opsporing og iværksættelse af behandling kan nedbringe forekomsten af PTSD og dermed sænke behandlingsomkostningerne og de øvrige udgifter til sundhedsydelser.



Hvordan bør behandlingen af traumatiserede flygtninge organiseres?

Anbefaling: Der bør ligge en klar beskrivelse af og procedurer for overdragelse mellem de specialiserede behandlingscentre og kommunerne/praktiserende læger.

Anbefaling: Der bør iværksættes tidlig screening til opsporing af personer med høj risiko for at udvikle kronisk kompleks PTSD og en tilhørende tidlig forebyggende behandlingsindsats.

Anbefaling: Der bør iværksættes interventionsprogrammer med fokus på mor/barn relationer, familieprogrammer til udsatte familier samt psykosocialt strukturerede aktiviteter til børn mellem 8 og 17 år.

Anbefaling: Der bør etableres regionale kompetencecentre for udvikling, formidling og forskning i forbindelse med behandlingen af traume- og torturofre i offentligt regi.

Anbefaling: Der bør indføres casemanagers, der skal medvirke til sammenhæng og koordinering af behandling indenfor og på tværs af sektorer.

Anbefaling: Organisering af behandling bør struktureres således at ventetiden nedbringes væsentligt, og at der hurtigt tilbydes patienter på venteliste et systematisk, velbeskrevet indledende behandlingsprogram.

MTV-rapporten gennemgår to organisationsformer, hvoraf den ene ligner nuværende danske forhold.

Modellen består af specialiserede centre i kombination med en kommunal indsats/praktiserende læge. Fordelen ved den model er muligheden for udvikling af høj faglig kompetence, forskning m.m. Svagheden ved modellen er overgangene mellem de specialiserede behandlingscentre og indsatsen i kommunerne.

Der er undersøgelser, der viser, at det giver positive resultater at behandle i grupper. Ligesom der er positive resultater med familiebehandling.

Personalet

MTV-rapporten lægger vægt på uddannelse og supervision af personalet på behandlingscentrene. Der er ikke entydige anbefalinger til personalets sammensætning eller antal.

Særlige aspekter og dilemmaer ved behandling af traumatiserede flygtninge

Kompleksiteten ved PTSD

gør det svært at lave standardbehandling

De fleste personer med PTSD har samtidig en eller flere andre psykiatriske diagnoser. Det gør det meget vanskeligt på forhånd at sige noget om, hvilken form for behandling eller kombination af behandling, der egner sig til det konkrete tilfælde. Bredere faktorer som mentaliseringsniveau og personlighedsmønstre ser dog ud til at kunne fremme en mere fokuseret og målrettet behandlings- og forebyggelsesindsats.

Medicinering - økonomi og co-morbiditet

Nogle erfaringer viser, at nyere antidepressiv, epilepsi- og antipsykotisk medicin kan have en positiv effekt på nogle grupper af personer med PTSD. Dilemmaet i den sammenhæng er, at de nyere midler er dyre, og derfor vil patienterne sjældent have råd til at betale for behandlingen. Det betyder, at lægerne udskriver en billigere medicintype, hvorved patienten ikke altid opnår den optimale behandling. Foruden dilemmaet mellem dyre og billige medicintyper, vil der ofte være problemer med at medicinere korrekt på grund af det ofte sammensatte diagnosemønster.

Koordineringsbehov mellem instanser

Der opstår problemer i behandlingen af patienter, når patienten har andre psykiatriske diagnoser udover PTSD. Konkret vil det være sådan, at de almenpsykiatriske afdelinger meget sjældent tager patienter med PTSD, mens behandlingscentrene for traumatiserede ikke tager imod psykotiske patienter. Det betyder, at nogle patienter vil falde igennem systemet, hvis der ikke arbejdes på et mere intenst samarbejde og koordinering mellem instanserne.

Børn af traumatiserede forældre - når en lille hjælp kan være stor hjælp

Børn af traumatiserede forældre hører som udgangspunkt ikke til behandlingscentrenes målgruppe, om end de indgår i visse familiebehandlingsforløb. I modsætning til børn af sindslidende (etniske danskere) er der heller ikke mange tilbud knyttet op sideløbende med forældrenes behandling, hverken i regionalt eller kommunalt regi. Erfaringer viser, at der på dette område skal en meget lille indsats (for eksempel kommunal støtte-kontaktperson eller hjemmesygeplejerske) til over for barnet og/eller familien, for at barnets situation vil bedres. Blandt andet bør der arbejdes på, at børnene ikke indtager forældrerolle over for deres forældre.

Ordforklaring

Co-morbiditet:

Når en patient har mere end én diagnose

Svært at måle på virkning, fordi der altid er tale om en kombineret behandling

Traumatiserede flygtninge og torturofre modtager ofte behandling af både social, fysisk og psykiatrisk/psykologisk karakter, der overlapper og betinger hinanden. Det gør det vanskeligt at måle på effekten af enkeltstående behandlinger.

Det kan samtidig være vanskeligt at måle på effekten af behandling, hvis det gøres som selvrapporing.

For eksempel kan øgning af symptomer hos en patient være udtryk for, at en terapeutisk udvikling er i gang og ikke, at patienten som sådan er blevet dårligere.

Forskning, hvor der anvendes andre effektmål end symptom- og selvrapporing, anbefales. Forskningsmidlerne er i dag spredt mellem flere ministerier. Der anbefales en koordinering af klinisk effektforskning på området.

Tolkning - en nødvendighed

Langt de fleste af de patienter, der behandles på centrene for traume- og torturofre behandles v.h.a. tolk. Det giver en række udfordringer til både behandler, tolk og patient. Det kræver som minimum, at der skabes et stabilt forhold mellem behandler og tolk.

Desuden er der mange forhold at tage hensyn til, når der vælges tolk: Et er, hvilket køn tolken er - i visse situationer kan det for eksempel være nødvendigt med en kvindelig tolk til en kvindelig patient, der har været udsat for seksuelle krænkelser og/eller voldtægt. Et andet forhold er nationalitet/trosretning/kulturel gruppe hvor det i nogle tilfælde kan være en fordel, at tolken har samme etniske oprindelse som patienten, mens det i andre tilfælde vil kunne forhindre det gode samarbejde og trygheden hos patienten.

Det er vigtigt at tage udgangspunkt i patientens mulighed for at føle tillid og tryghed til behandler/tolk konstellationen.

Det første rehabiliteringscenter for torturofre (RCT) opstod i København i 1982 som et privat initiativ som følge af et samarbejde med Amnesty International.

I dag er der offentlige behandlingscentre i alle regioner samt en række private.

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

regionsyddanmark.dk

10087 - Region Syddanmark - 11.2008

**Rapporten i fuld længde samt sammenfatningen
kan rekvireres eller downloades på:
www.regionsyddanmark.dk/psykiatri**