

Posttraumatiskt stressyndrom-PTSD (vuxna)

Fastställd efter remissgenomgång av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2016-00211). Giltig till april 2021.
Utarbetad av koncernstab hälso- och sjukvård i samverkan med primärvårdsrådet och verksamhetsföreträdare för specialistpsykiatri.

Syfte

Riktlinjen syftar till att ge förutsättningar för strukturerad upptäckt, diagnostik och behandling vid posttraumatiskt stressyndrom samt förtydliga ansvarsfördelningen mellan vårdnivåerna. Tidig diagnostik och intervention minskar risken för att tillståndet blir långvarigt.

Nytt sedan föregående revidering

Smärre justeringar redaktionellt och i symtombeskrivning i enlighet med DSM-5. Förtydligande avseende komplex PTSD - utredning och behandling.

Bakgrund

Posttraumatiskt stressyndrom är ett tillstånd som medför svårt psykiskt lidande och förhöjd suicidrisk. Posttraumatiska reaktioner kan uppkomma efter enstaka tydligt avgränsade händelser, multipla trauman eller efter långvarig interpersonell traumatisering. Samsjukligheten är hög, vanligast är sömnstörning, ångestsyndrom, depression, missbruk och somatisering. Traumafokuserad psykoterapi ska övervägas för alla patienter som uppfyller PTSD-diagnos då detta är en effektiv behandling som kan förhindra lidande och utveckling av långdragna besvär. Även patienter med långvarig PTSD har god effekt av traumafokuserad behandling. Svåra eller komplexa symtombilder kräver ofta multidisciplinära insatser.

Diagnos och klassifikation

Diagnoskriterier utifrån DSM-5 med klassifikation enligt ICD-10

- F43.0 Akut stressyndrom (ASD)
- F43.1 Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Prevalens

Livstidsprevalensen för PTSD i en svensk befolkningsstudie uppskattades till 6 procent och punktprevalensen till 1 procent i allmänbefolkningen i en europeisk studie.¹ Prevalensen av PTSD kan dock vara betydligt högre i grupper med erfarenhet från krig och konfliktområden. I befolkningsstudier uppger drygt hälften av de tillfrågade att de varit med om en eller flera potentiellt traumatiserande händelser i livet. Majoriteten av dessa utvecklar inte PTSD. Av de som utvecklar PTSD-symtom självläker en del inom loppet av ett år.²

Riskfaktorer för att utveckla PTSD är tidigare trauman, psykisk ohälsa och sociala faktorer. Ökad risk föreligger även bland personer i strukturellt utsatta grupper, däribland kvinnor. Traumats karaktär och individens upplevelse av hot under traumat är också av betydelse. Allvarlig exponering och avsiktliga mellanmänskliga våldshandlingar, inte minst sexuella övergrepp och tortyr, ökar risken för PTSD jämfört med olyckor eller naturkatastrofer. Förlust i samband med traumat är ytterligare en riskfaktor. Skyddsfaktorer är grundläggande trygghet i tillvaron, psykologiskt och socioekonomiskt, och gott socialt stöd.

Symtom

Akut Stressyndrom. Diagnosen används vid förekomst av PTSD-symtom under den första månaden efter en potentiellt traumatiserande händelse. Dissociativa symtom som är vanliga vid PTSD, förekommer även vid ASD. Prognosen är vanligtvis god men tillståndet kan utvecklas till ett posttraumatiskt stressyndrom, depression eller annan psykisk eller somatisk ohälsa med sämre prognos.

Posttraumatiskt stressyndrom utvecklas som en reaktion på:

- Exponering för död eller hot om död, allvarlig skada eller sexuellt våld, genom att: själv ha utsatts för, bevittnat, underrättats om att närstående varit med om sådana händelser eller själv vid upprepade tillfällen exponerats för motbjudande företeelser vid traumatiska händelser t ex i sin yrkesutövning.

¹ Tinghög et al. Nyanlända och asylsökande i Sverige. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. *Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1*

²Cusack et al. (2016) Psychological Treatments for Adults with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, [43](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003), 128–141 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>

PTSD karaktäriseras av fyra typer av symtom:

- **påträngande symtom** – återkommande, ofrivilliga, påträngande och plågsamma minnesbilder, mardrömmar och dissociativa reaktioner (flashback) samt intensiva psykiska och fysiska reaktioner vid påminnelser om händelsen
- **undvikande** av stimuli som påminner om händelsen i form av minnen, tankar, känslor och yttre omständigheter
- **negativa förändringar i kognitioner och sinnesstämning** med t ex svårighet att minnas aspekter av händelsen, negativa uppfattningar om sig själv, andra och världen, förvanskade tankar om orsaken till eller konsekvenserna av händelsen, känslor av skuld och skam, oförmåga att uppleva positiva känslor, minskat intresse för viktiga aktiviteter, känsla av främlingskap och likgiltighet inför andra
- **markanta förändringar i stimulusreaktioner** (arousal) där personen är överdrivet vaksam eller lättskrämmd och med symtom som sömnsvårigheter, irritabilitet eller vredesutbrott, koncentrationssvårigheter, hänsynslöst och självdestruktivt beteende

För PTSD- diagnos ska symtomen

- ha varat mer än en månad
- orsaka väsentligt lidande och/eller nedsatt funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

Specifiering görs om dissociativa symtom förekommer. Dessa kan yttra sig som en upplevelse av att se sig själv utifrån (depersonalisation), en känsla av avskärmning från omgivningen (derealisation).

För senad debut, efter mer än sex månader, kan förekomma och symtomen kan debutera i samband med belastande händelser, ibland flera år senare.

Komplex PTSD. Stressreaktioner efter upprepad, långvarig och omfattande traumatisering eller betydande omsorgssvikt, ofta i tidig ålder, har fått den etablerad benämningen komplex PTSD (introducerad i ICD-11). Förutom kardinalsymtomen ovan tillkommer problem med känsloreglering, negativ självuppfattning och interpersonella svårigheter. Traumat förblir många gånger dolt i den komplexa symtombilden. Samsjukligheten med andra psykiatriska diagnoser är också hög. Det är också viktigt att beakta att erfarenhet av traumatiserande händelser inte behöver leda till PTSD. Symtombilden kan ibland bättre förklaras med annan psykiatrisk problematik.

Även krigs- och tortyrtrauman ger ofta denna mer komplexa symtombild. Mer än en tredjedel av asylsökande flyktingar lider av psykisk ohälsa, ofta till följd av traumatiska upplevelser. PTSD, depression och ångest är vanligt förekommande tillstånd. Samsjukligheten är hög bland asylsökande och flyktingar och symtomen på PTSD förstärks ofta av asyl- och exilproblematik s.k. migrationsrelaterad stress.³ Det är viktigt att göra en allsidig bedömning av problematiken, identifiera eventuell PTSD för behandling och behandla övrig samsjuklighet och stressrelaterade ohälsa på sedvanligt sätt på adekvat vårdnivå.

Utredning

Patienter med PTSD söker ofta vård för symtom såsom sömnsvårigheter, ångestsymtom, depressioner eller psykosomatiska besvär och värk. Eftersom undvikande är ett av symtomen på PTSD kan patientens traumatiska erfarenheter förbli dolda i kontakt med vården. Traumatiska erfarenheter kan vara förknippade med skuld och skamkänslor och därför svåra att omnämna. Riktade screeningfrågor kan öka identifiering av eventuella traumatiska erfarenheter vid såväl somatisk som psykisk ohälsa. Vid nybesök:

- Noggrann klinisk intervju, ev. kompletterad med strukturerad intervju, MINI eller SCID-1
- Screening för PTSD och ev. annan symtomscreening
- Substansbruk och screening med AUDIT/DUDIT
- Somatisk status, ev. laboratorieprover
- Social kartläggning avseende behov av insatser och stöd bör ingå i bedömningen då det är faktorer som är av betydelse för stabilisering

Nedanstående två screeningfrågor som adresserar eventuella trauman kan användas i den inledande intervjun.

³ [Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter Ett kunskapsunderlag för primärvården, Socialstyrelsen 2015](#)
Nyanlända och asylsökande i Sverige. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1

- Har du varit med om någon händelse som fortfarande stör dig/påverkar ditt liv?
- Har det hänt att du känt dig påverkad eller upprörd i situationer som påminner dig om händelsen?

Vid positivt utfall på frågorna går man vidare med:

- Primärvårdsskala för PTSD (bil.1)

Om resultatet på Primärvårdsskalan ger stöd för PTSD- problematik kan någon av nedanstående skalor bidra till den diagnostiska bedömningen avseende symtombelastning. På denna nivå rekommenderas att inte fördjupa sig i detaljer kring själva traumat utan symtom och reaktioner är i fokus. (Användning av någon av skalorna primärvårdsskala för PTSD, PCL eller IES-R kodas UV120.)

- Posttraumatisk Stress Disorder Checklist [PCL-5 formulär](#), [Beskrivning och analys](#) eller
- Impact of Event Scale-Revised [IES-R formulär](#), [Beskrivning och analys](#)

Vid trolig PTSD-diagnos rekommenderas fördjupad psykologisk bedömning inom mottagningen för rekommendation om behandling och behandlingsnivå. Bedömningen kan kompletteras med strukturerad intervju för PTSD, *The Clinician Assessed Interview for Post Traumatic Stress (CAPS-5)* och ytterligare bedömningsinstrument såsom *Dissociative Experience Scale (DES)* och *Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20)*, (*SDQ-5 brief version*) (UV120).

Kulturformuleringsintervjun⁴ är avsedd att användas som komplement vid diagnostik i mångkulturella vårdmiljöer samt när behandlare och patient har olika sociokulturell bakgrund. Psykisk ohälsa och symtom kan uttryckas och tolkas på olika sätt. Kulturkompetens innebär också att behandlaren gör sig medveten om sina egna föreställningar och hur dessa påverkar mötet med patienter från andra kulturer än behandlarens egen.

Behandling

Initiala stressreaktioner efter exceptionella händelser är vanligt och ska inte patologiseras.

Psykologisk första hjälpen omfattar skydd, omsorg, praktiskt/socialt och känslomässigt stöd för att mobilisera individens egen förmåga till återhämtning.

Det finns inget stöd för förebyggande insatser, med läkemedel eller psykologisk debriefing, för att förhindra utveckling av PTSD eller andra långvariga negativa psykiska konsekvenser. Detta ska därför inte rutinmässigt erbjudas.

- Vid lindriga eller obefintliga symtom inom första månaden efter en händelse rekommenderas uppföljning inom fyra veckor.
- Vid svåra reaktioner och ASD-symtom under första månaden erbjuds patienten traumafokuserad behandling, tidigast två veckor efter händelsen.
- Vid behov ges kortvarig stabiliserande läkemedelsbehandling med icke-beroendeframkallande läkemedel.^{5 6}

Rutinmässigt erbjuds också:

- Psykopedagogiska interventioner (DU023) i form av muntlig och skriftlig information om vanligt förekommande reaktioner efter traumatiska händelser och hanteringsstrategier för dessa. Skriftlig information t ex:
 - 1177 Vårdguiden
 - [Bemästring av allvarliga händelser. Tips för drabbade](#). Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri Uppsala
- Egenvårdsråd -informera om vikten av vardaglig hälsobefrämjande rutin med fysisk aktivitet, regelbunden livsföring i sömn och kost, socialt umgänge och aktivitet.
- Information om samhälleliga stödresurser vid behov t ex brottsofferjour och andra kriscentra.

Vid PTSD:

- Psykopedagogiska interventioner och egenvårdsråd enligt ovan (DU023).
- Behandling med evidensbaserad traumafokuserad psykoterapi är förstahandsval vid PTSD. Traumafokuserad psykoterapi ska övervägas för alla som uppfyller diagnoskriterierna för PTSD, oberoende av hur lång tid som passerat sedan traumat. I dagsläget har traumafokuserade metoder utgående från kognitiv beteendeterapi (t.ex. Prolonged Exposure therapy) (UV121) och Eye Movement

⁴ [Kultur, kontext och psykiatrisk problematik](#) Transkulturellt Centrum SLL 2009; [DSM-5 Kulturformuleringsintervju Pilgrim Press](#)

⁵ Vid sömnbesvär se [RMR-Insomni](#) [Tilläggsinformation RMR-Insomni](#)

⁶ Vid ångestbesvär se [RMR-Ångest](#), [Tilläggsinformation RMR-Ångest](#)

Desensitization Reprocessing therapy (EMDR) (DU014) god evidens framför allt vid avgränsade traumatiska händelser.

- Behandling för ökad stabilisering avseende insomni, ångest- och stressreaktioner ges vid behov som komplement till traumafokuserad psykoterapi.
- Läkemedelsbehandling kan finnas som komplement för stabiliserande behandling mot depressiva symtom och ångest, då i form av SSRI-preparat, icke-beroendeframkallande lugnande mediciner eller betablockerare. Läkemedel kan vara ett alternativ när psykologisk behandling inte kan genomföras, inte gett resultat eller då patienten inte önskar sådan behandling.
- Vid PTSD och substansberoende rekommenderas integrerad samtidig behandling individuellt eller i grupp. Metoder med stöd i forskningen är Concurrent treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure (COPE) och det manualbaserade KBT-programmet Seeking Safety.

Vid komplex PTSD och krigs- och tortyrtrauma:

- Begränsad forskning finns ännu vad gäller behandling av komplex PTSD. Ofta krävs längre behandlingstider och multidisciplinära insatser med psykologisk behandling, fysioterapi och läkemedel. Traumafokuserad terapi bör övervägas även vid komplex PTSD. Behandlingen behöver ofta kombineras med affektreglerande, psykosociala och kroppsorienterade interventioner.⁷
- De begränsade studier som finns avseende psykologisk behandling vid PTSD hos personer med flyktningbakgrund ger stöd för traumafokuserad terapi med KBT, Narrative Exposure Therapy (NET) och EMDR. I gruppen asylsökande och flyktingar är det särskilt viktigt att undersöka och främja stabiliserande och stödjande faktorer i patientens vardag och etablering. Vid komplex problematik - multidisciplinär behandling enligt ovanstående beskrivning för komplex PTSD.

Försäkringsmedicinska aspekter vid PTSD

[Försäkringsmedicinskt beslutstöd](#) (Socialstyrelsen) ger vägledning för sjukskrivning vid PTSD utan samsjuklighet. Symtomens svårighetsgrad och varaktighet är vägledande vid bedömning av sjukskrivning. Arbete kan ha en positiv effekt på symtombilden och sjukskrivning bör i sådana fall undvikas. Funktionen och arbetsförmågan kan vara helt eller partiellt nedsatt under perioder av stark ångest. Depression är en vanlig komplikation som i sig kan innebära nedsatt funktion. Vid samsjuklighet är det läkarens sammanvägda bedömning som avgör prognos och sjukskrivningens längd.

Familjeperspektivet

Uppmärksamma eventuell traumarelaterad ohälsa hos övriga familjemedlemmar och närstående. Uppmärksamma eventuella barn som anhöriga och ge information och stöd enligt *RMR- barn som anhöriga* Uppmärksamma även *RMR-barn under 18 år som far illa eller riskerar fara illa*

Uppföljning

Behandlingen utvärderas kontinuerligt och vid avslutning. Symtomskattning görs med samma instrument som före behandling.

Vårdprocess – vårdnivå

Primärvård

- Primärvårdens uppgift är att upptäcka, diagnostisera, i vissa fall behandla och vid behov erbjuda patienten remiss till specialnivå eller specialiserade enheter
- Evident traumafokuserad psykoterapi erbjuds vid PTSD efter avgränsade trauman i den mån patienten bedöms ha förutsättningar att tillgodogöra sig en behandling
- Primärvården ska ha möjlighet att konsultera specialistpsykiatri enligt *RMR- Ansvarsfördelning och konsultationer primärvård och specialistpsykiatri*
- Vid svåra eller komplexa tillstånd, hög grad av samsjuklighet och låg funktionsnivå erbjuds patienten remiss till specialistpsykiatri
- Patienter med kroniska tillstånd som inte har förbättrats efter adekvata behandlingsförsök erbjuds stöd t ex i form av patientutbildning, motivationshöjande insatser för behandlingsfölsamhet och stöd för bibehållande av funktionsnivå och social delaktighet⁸

⁷ [ISTSS guidelines Position Paper on Complex PTSD in Adults, 2018](#)

⁸ [Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter Ett kunskapsunderlag för primärvården, Socialstyrelsen 2015](#)

Specialistvård och specialiserade team

- Specialistpsykiatri ansvarar för bedömning och behandling av patienter med PTSD med svåra eller komplexa symtombilder, låg funktionsförmåga och psykiatrisk samsjuklighet. Ofta krävs då multidisciplinära insatser och ett längre stabiliserande arbete.
- Specialistpsykiatri har ett konsultativt uppdrag gentemot primärvården enligt *RMR- Ansvarsfördelning och konsultationer primärvård och specialistpsykiatri*
- Specialistpsykiatri ansvarar för integrerad samtidig behandling vid PTSD och substansberoende.
- Om patienten efter adekvat behandling har kvarstående stödbehov t ex vid långvariga kroniska tillstånd eller när patienten avböjer behandling, ut-/återremitteras patienten till primärvård för fortsatt uppföljning med sammanfattning i remiss av genomförda åtgärder och rekommendationer om fortsatta insatser. Patienten ska vara informerad om remiss och innehåll i remissen. Vid behov av insatser från flera samverkande huvudmän används samordnad individuell plan (SIP).
- Specialiserade team är en bedömnings- och behandlingsresurs inom specialistpsykiatri. De ansvarar för kvalificerad kompetens inom psykotraumatologi med konsultation gentemot övrig specialistpsykiatri och primärvård.

Specialiserade enheter - Vid hänvisning eller remiss till de specialiserade enheterna, se respektive hemsida för remisskriterier och behandlingsutbud.

- [Kris- och Traumamottagning](#) i Göteborg. Regiongemensam mottagning för personer över 18 år som traumatiserats av krig och tortyr.
- [Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade](#) finns i Göteborg och Skövde samt ett mobilt behandlingsteam i Vänersborg som är verksamt på asylboende Restad gård. Målgrupp är personer bosatta i Västra Götalandsregionen med flyktingbakgrund som lider av psykisk ohälsa till följd av krig, tortyr och svåra flyktupplevelser.

Heldygnsvård - Planerad heldygnsvård kan behövas vid intensiv bearbetningsfas under traumafokuserad behandling och vid hög suicidrisk.

Uppföljning av denna riktlinje

Riktlinjen kommer att följas upp av Kunskapsstöd för psykisk hälsa i samverkan med Regional vårdanalys och resultaten återrapporteras till verksamhetschefer inom vuxenpsykiatri och Primärvårdsrådet genom följande indikatorer:

- Andel patienter med PTSD (F43.1) som huvud- eller bidiagnos som står på bensodiazepinpreparat.
- Andel patienter med PTSD (F43.1) där kompletterande instrument UV120 används för identifiering och diagnostik.
- Andel patienter med ASD (F43.0) respektive PTSD (F43.1) som erhållit psykopedagogisk behandling (DU023).
- Andel patienter med PTSD (F43.1) som huvuddiagnos respektive bidiagnos som får behandling med traumaspecifik behandling med Tf-KBT(UV121) respektive EMDR (DU014).

Bilaga: Primary care PTSD-screen

Bilaga 1. Primärvårdsskala för PTSD ⁹

Instrumentet innehåller en inledande mening som flyttar den svarandes fokus till traumatiska händelser. Författarna föreslår att resultatet av enkäten skall bedömas som positivt om tre av fyra frågor besvaras jakande. De som svarar ja på minst tre av de fyra frågorna bör därefter bedömas med en strukturerad intervju för PTSD.

Instruktion:

Har du någon gång i ditt liv upplevt något så skrämmande och upprörande att du under den senaste månaden har:

1. Haft mardrömmar om det eller tänkt på det fast att du inte ville det?

Ja Nej

2. Undvikit att tänka på det eller undvikit situationer som påminner om den stressande upplevelsen från tidigare?

Ja Nej

3. Hela tiden varit på din vakt eller varit lättskrämd?

J /Nej

4. Upplevt dig som bedövad eller avskuren från andra människor/aktiviteter eller från dina omgivningar?

Ja Nej

⁹ [Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., Thrailkill, A., Gusman, F.D., Sheikh, J. I. \(2003\). The primary care PTSD screen \(PC-PTSD\): development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry*, 9, 9-14. Översatt 2009/Ewa Strand/Anna Gerge](#)