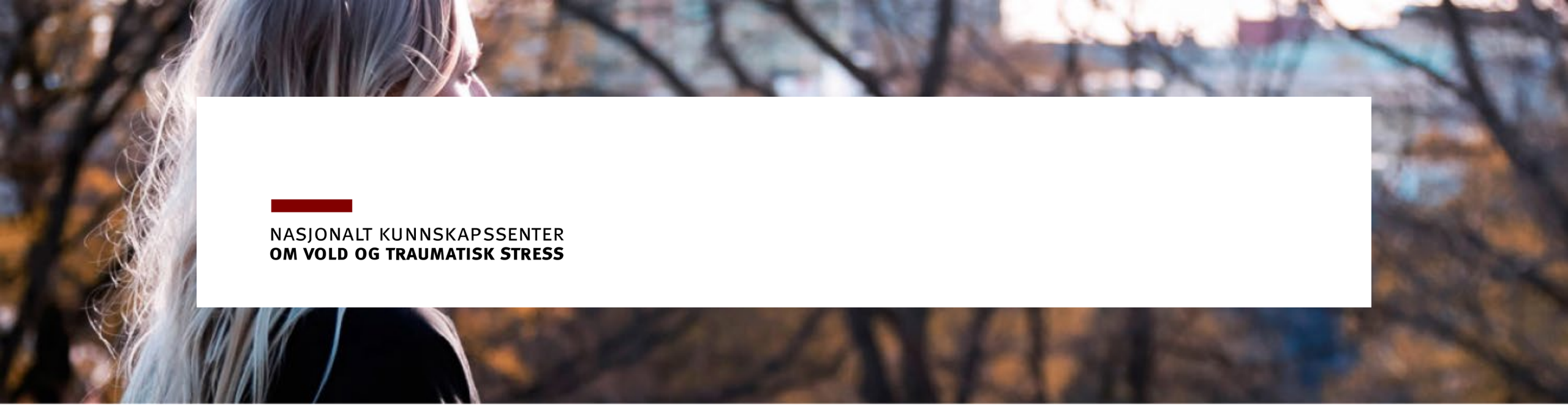


NASJONALT KUNNSKAPSSENTER
OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS

Presentasjon av sentrale elementer i et behandlingsforløp for posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Implementering av kunnskapsbasert traumebehandlingstilbud til voksne (ITV), NKVTS

Utarbeidet av: Erlend Høen Laukvik, Harald Bækkelund, Marianne Jacobsen, Mathilde Endsjø, Aida Babaii, Nadina Peters og Karina Egeland

Oppdatert april 2023

Introduksjon og forbehold

Introduksjon

Fra 01.01.2019 ble pakkeforløp for psykisk helse og rus innført i norsk spesialisthelsetjeneste. I 2022 endret produktet navn til nasjonale pasientforløp. Det normerte produktet har konsekvenser for hvordan utredning og behandling av alle psykiske lidelser gjennomføres i hele spesialisthelsetjenesten. Det finnes ikke norske retningslinjer eller nasjonale pasientforløp for posttraumatisk stresslidelse (PTSD). NKVTS har av den grunn utarbeidet dette dokumentet som en støtte til klinikker, ledere og terapeuter i spesialisthelsetjenesten, i deres arbeid med behandlingsforløp for pasienter som har PTSD. Anbefalingene bygger på internasjonale retningslinjer fra National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018) and International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS, 2018).

Vi har her forsøkt å oppsummere sentrale elementer i et behandlingsforløp for PTSD for voksne i spesialisthelsetjenesten. Dette har vi gjort gjennom å ta utgangspunkt i Helsedirektoratets normerende produkt (nasjonale pasientforløp), i kombinasjon med eksisterende anbefalinger fra forskningen på utredning og behandling av PTSD.

Hvert regionalt helseforetak, distriktspsykiatriske senter (DPS) og poliklinikk har særegenheter det må tas hensyn til. Dette behandlingsforløpet vil således ikke kunne brukes slik det skisseres her for alle poliklinikker i spesialisthelsetjenesten. Vi håper uansett at det kan være et utgangspunkt for arbeidet som skjer lokalt, og at behandlingsforløpet kan tilpasses hver enkelt klinikk sin praksis og forhold.

Introduksjon og forbehold

Forbehold

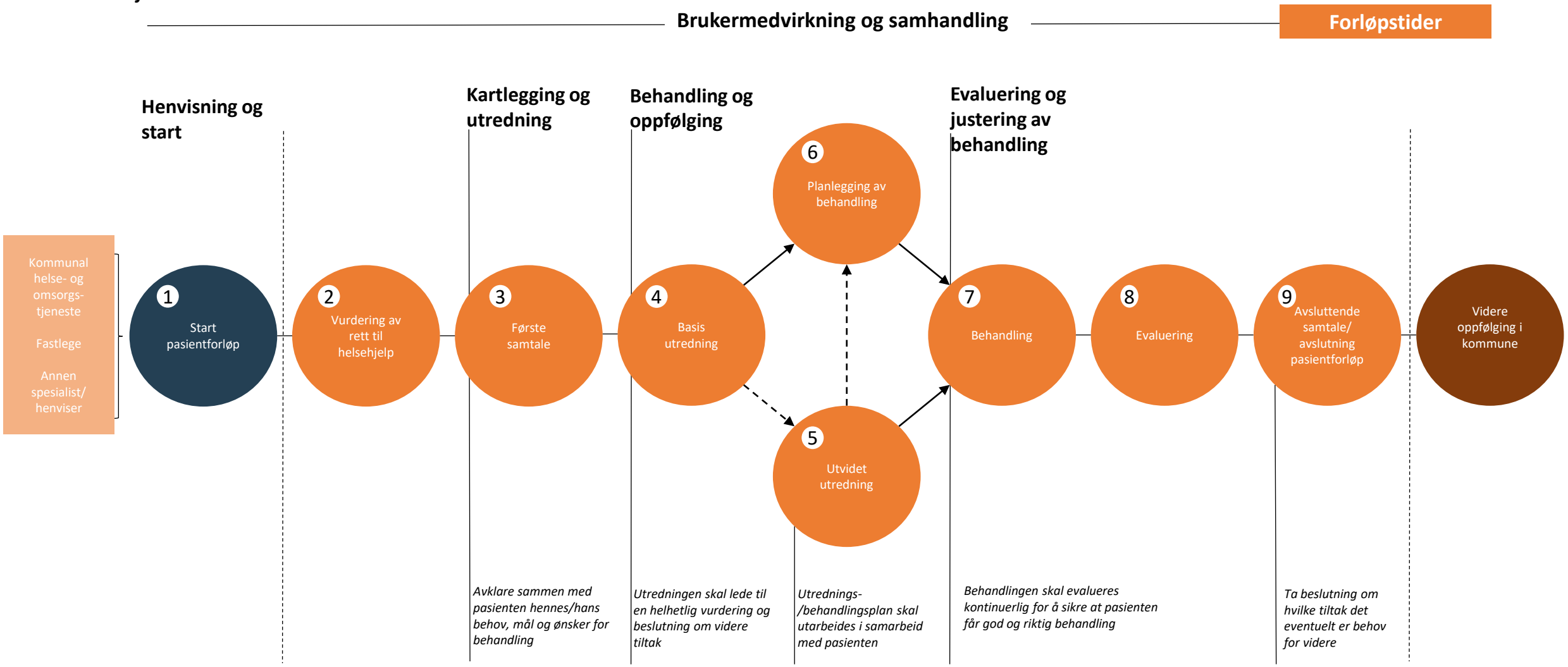
Dette er IKKE et offisielt nasjonalt pasientforløp for PTSD, men en beskrivelse av viktige elementer i et behandlingsforløp for PTSD i spesialisthelsetjenesten. Gjennomgangen følger likevel Helsedirektoratets normerende produkt (nasjonale pasientforløp), slik at våre anbefalinger lett kan integreres inn i nasjonale pasientforløp for spesialisthelsetjenesten. Flytskjema for nasjonale pasientforløp er brukt med samtykke fra Helsedirektoratet. Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus finnes i sin helhet her.

I dokumentet linker vi også til andre eksterne kilder til informasjon som kan benyttes. NKVTS har ikke eierskap til de eksterne kildene vi henviser til, og tar ikke ansvar for eventuelle anbefalinger som måtte fremkomme på disse.

Dette behandlingsforløpet beskriver behandlingsforløpet for pasienter med PTSD. Mange pasienter med PTSD vil ha komorbide lidelser som kan kreve annen behandling enn den som skisseres her.

! ***Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen eller firkanten du ønsker å få mer informasjon om, for å komme til den seksjonen som omhandler dette***

Flytskjema for nasjonale pasientforløp

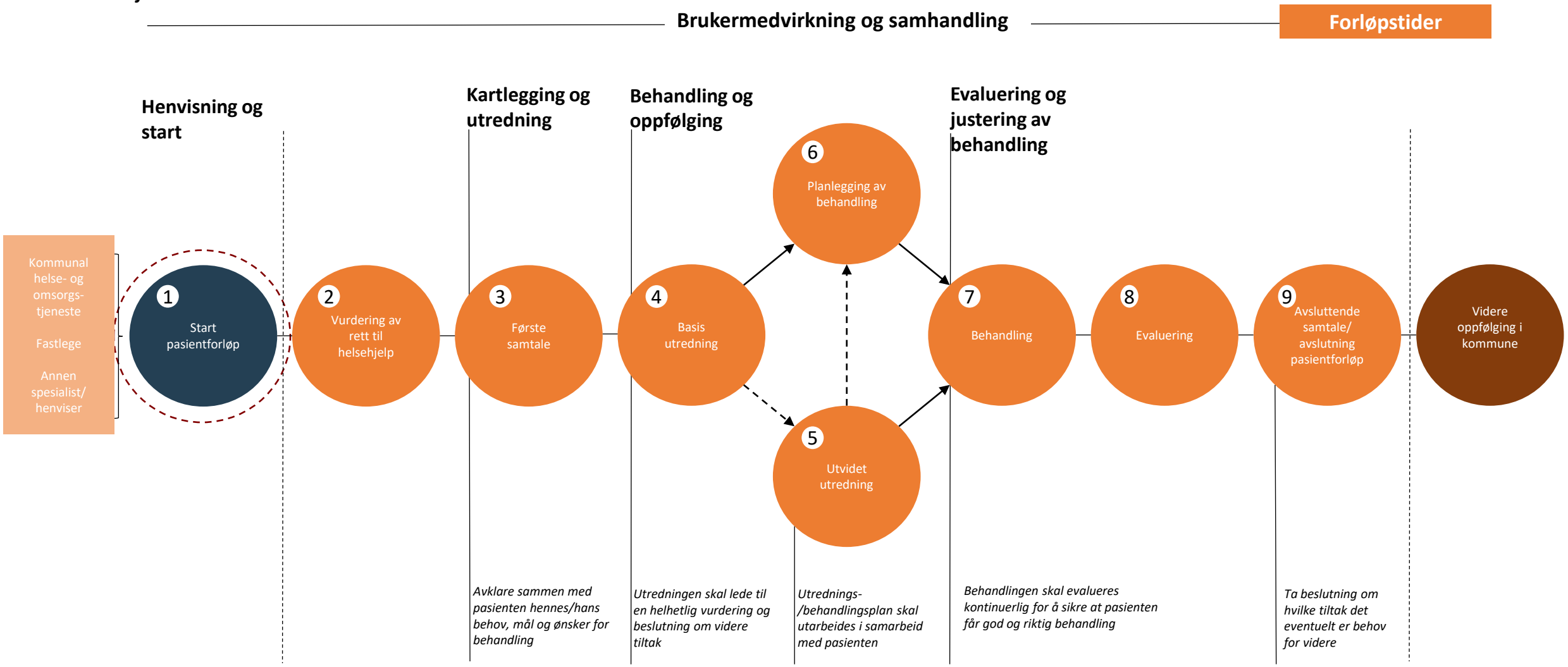


Figur 1: *Flytskjema for nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus er brukt med samtykke fra Helsedirektoratet. Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

! *Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen eller firkanten du ønsker å få mer informasjon om, for å komme til den seksjonen som omhandler dette*

Start nasjonalt pasientforløp



Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *Flytskjema for nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus er brukt med samtykke fra Helsedirektoratet. Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

1

Start nasjonalt pasientforløp

Et nasjonalt pasientforløp vil starte når henvisning sendes fra kommune/fastlege, men først registreres når spesialisthelsetjenesten mottar henvisningen.

Henvisning ved indikasjon på PTSD

Henvisning fra kommune/fastlege vil si noe om symptomene pasienten opplever, men kan være et lite nøyaktig utgangspunkt for om pasienten faktisk vil oppfylle kriteriene til en PTSD-diagnose. For å avdekke om funksjonsfall hos pasienten er en konsekvens av en eller flere traumatiske hendelser kan et strukturert kartleggingsskjema som for eksempel «Traume- og PTSD-screening» (TRAPS) være til hjelp. Ved gjennomføring av TRAPS med pasienten vil henviser på en mer nøyaktig måte kunne beskrive symptomene pasienten opplever på bakgrunn av traume(ne), og hjelpe spesialisthelsetjenesten med vurdering av rett til helsehjelp og utredning.

TRAPS finner du her og anbefalinger for bruk her.

NKVTS har også laget video om bruk av TRAPS og PTSD-kartlegging, og generelt om traumer og PTSD, som kan være hjelpsomme for henviser fra førstelinjetjenesten.

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

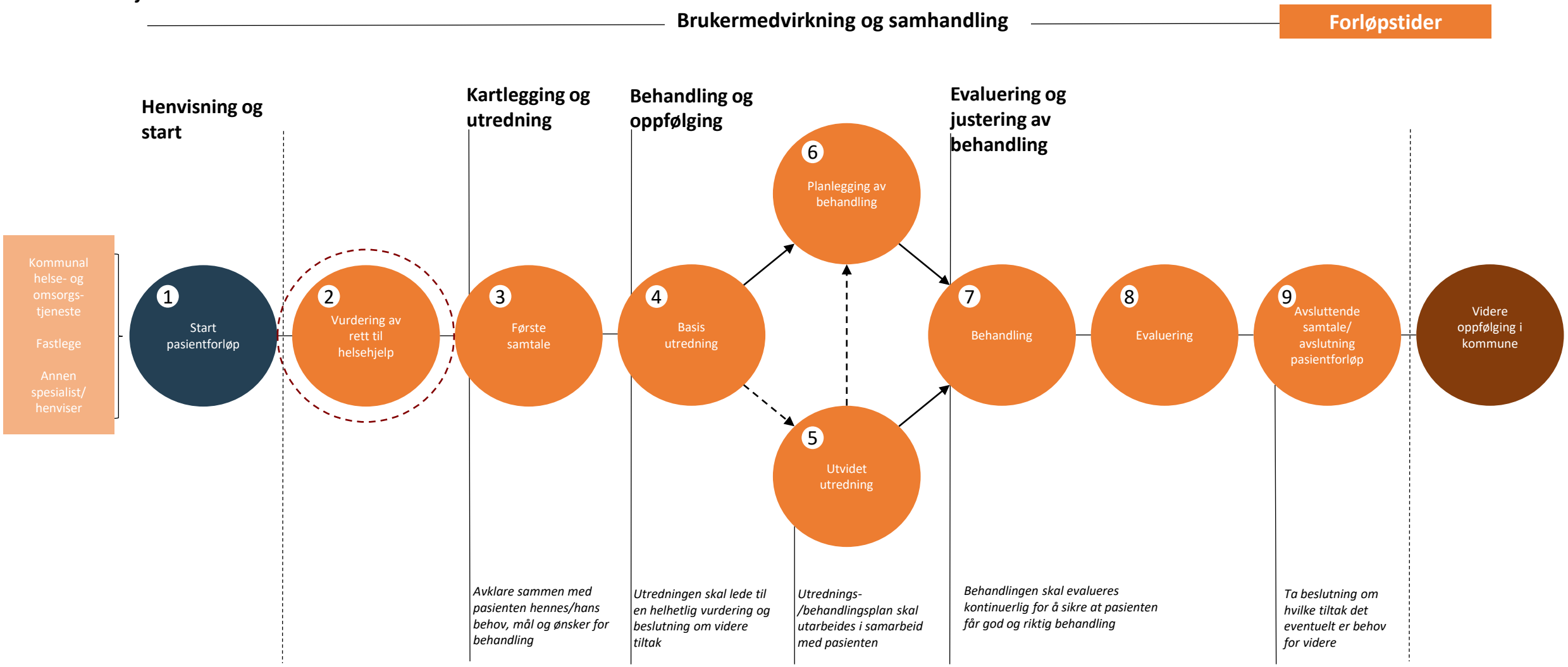
Koder – start nasjonalt pasientforløp

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
D11	Utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne	Forløp	9321

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
A	Nasjonalt pasientforløp start	Hendelse	9322

! *Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen eller firkanten du ønsker å få mer informasjon om, for å komme til den seksjonen som omhandler dette*

Vurdering av rett til helsehjelp



Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *Flytskjema for nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus er brukt med samtykke fra Helsedirektoratet. Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

2

Vurdering av rett til helsehjelp - generelt

To krav står sentrale i vurdering av rett til helsehjelp:

1. Pasienten har forventet nytte av helsehjelpen
2. De forventede kostnadene for hjelp står i rimelig forhold til tiltakets effekt

Vurderingen om rett til helsehjelp skal gjøres innen 10 virkedager fra henvisningen er mottatt

I henhold til prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne, vil vedvarende symptomer på PTSD som henvises til hjelp fra spesialisthelsetjenesten med høy sannsynlighet vurderes som en moderat til alvorlig angstlidelse, og således utløse en veiledende frist for utredning på 12 uker.

Se også: Prioriteringsforskriften

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

2

Vurdering av rett til helsehjelp – ved indikasjon om PTSD

For pasienter som henvises med mulig indikasjon på PTSD er følgende forhold av særskilt betydning for vurdering av rett til helsehjelp:

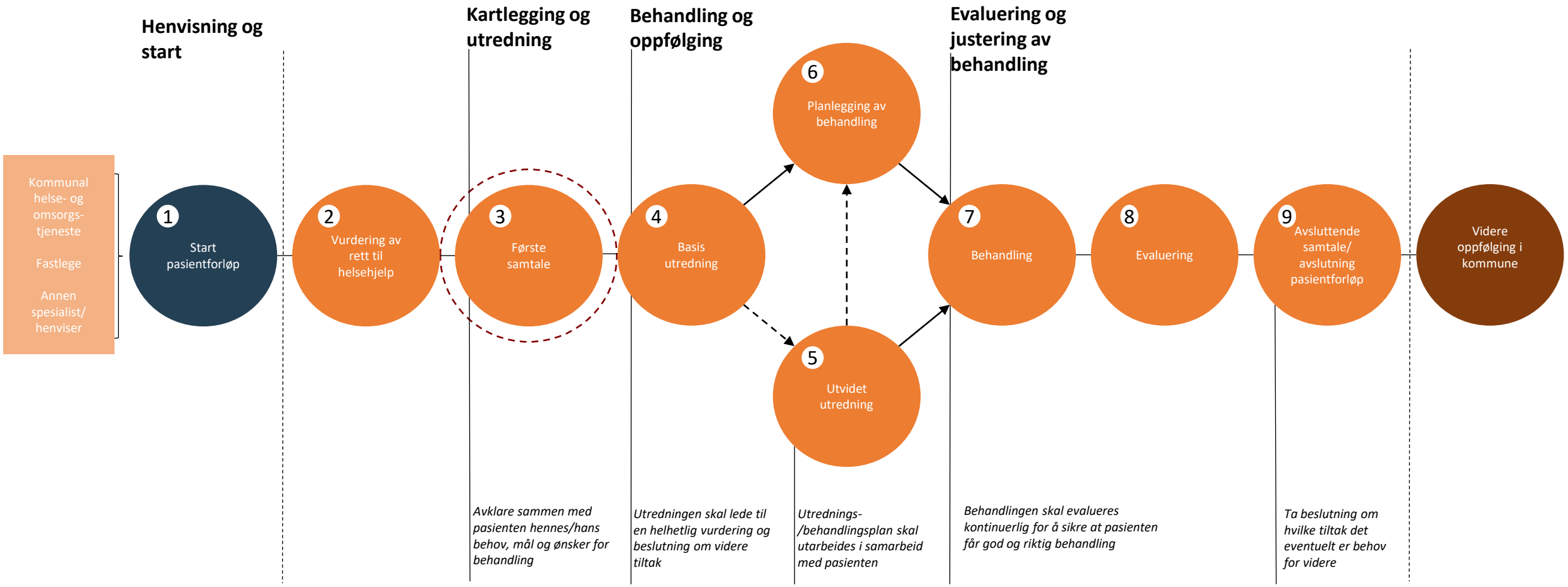
- **Hvor alvorlige symptomene på PTSD er.** For PTSD vil spesielt unngåelse, tilbaketrekning og interpersonlige utfordringer være inngripende symptomer som påvirker pasientens daglige funksjonsnivå. Symptombedring på disse områdene vil således kunne ha en stor effekt på livskvalitet sett opp mot forventede kostnader.
- **Om tidligere behandling har gitt effekt.** Tidligere effekt av behandling indikerer forventet nytte av helsehjelpen. Om tidligere behandling ikke har vært rettet mot behandling av traumene, vil ikke effekt av tidligere behandling indikere om traumerettet behandling kan ha en fremtidig effekt.
- **Prognoser for behandlingen av PTSD.** Flere traumespesifikke behandlingsmetoder har god evidensstøtte og det bør derfor vurderes at pasienter med indikert PTSD har gode prognoser for bedring ved traumespesifikk behandling.
- **Utviklingen av symptomer.** Har pasientens symptomtrykk økt med parallelt funksjonsfall, vil det være en relevant vurdering hvorvidt behandlingsmulighetene blir forspilt/forringet hvis helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten utsettes.

! ***Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen eller firkanten du ønsker å få mer informasjon om, for å komme til den seksjonen som omhandler dette***

Første samtale

Brukermedvirkning og samhandling

Forløpstider



Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *Flytskjema for nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus er brukt med samtykke fra Helsedirektoratet. Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Første samtale– generelt om møte med pasienter ved indikasjon om PTSD

Alle pasienter kan være svært spente før møtet med spesialisthelsetjenesten. Pasienter med traumatiske erfaringer og mulig PTSD kan være svært aktiverte i møte med spesialisthelsetjenesten blant annet fordi de skal fortelle om noen av sine vondeste opplevelser og mange vil være bekymret for å ikke bli trodd . Mange vil heller ikke være klare over sammenhengen mellom deres tidligere erfaringer og problemene de opplever i dag. Å fokusere på innhold i samtalen og informasjonen som gis i første møte kan være svært utfordrende for mange.

Det er derfor viktig å:

- Validere pasienten sine erfaringer og opplevelser, og normalisere pasientens reaksjoner på traumatiske erfaringer.
- Være oppmerksom på kontakten med pasienten, f.eks. om pasienten ofte mister fokus eller «forsvinner» i samtalen. Undersøk med jevne mellomrom om pasienten er påkoblet og tilstede i samtalen. Spør gjerne direkte og normaliser evt. reaksjoner og tilstand i samtalen, evt. tilby pauser.
- Ha gjerne klar viktig informasjon skriftlig, eventuelt spør pasienten om det kunne vært nyttig å få informasjonen du har gitt skriftlig.

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

3

Første samtale

I første samtale vil følgende punkter være spesielt relevante **ved indikasjon om PTSD** i henvisning:

Bakgrunn for og gjennomgang av henvisningen, samt pasientens og eventuelt pårørendes opplevelse av utfordringer/vansker og årsaker til dette

- Opplever henviser, pårørende og primært pasient at traumene pasienten har opplevd er en sentral del av årsakene til symptomene og funksjonsfallet han/hun opplever?
- Når inntraff symptomer opp mot opplevd(e) traume(r) - har symptomene tiltatt eller avtatt etter tidspunktet for traume(r)?

Pasientens mål, ønsker, behov og forventninger til behandling og oppfølging

- Ønsker pasient å jobbe med traumene han/hun har opplevd? Er pasienten motivert for traumespesifikk behandling?

Informasjon og dialog om utredning og behandlingstilbud og rammene for samarbeidet

- Om traumer er en mulig årsak til symptomene pasienten opplever, bør pasienten informeres om at terapeut ønsker å utrede dette mer nøye
- Pasienten bør også informeres om hva utredning vil innebære - spesifikt at det vil innebære at de snakker mer inngående om traumet og hva dette har ført til for pasienten

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

3

Første samtale

Psykiatrisk status

- Er det symptomer på psykose / hallusinasjoner / vrangforestillinger?
- Ved symptomer på psykose og samtidig traumehistorikk, vær oppmerksom på differensialdiagnostiske kriterier på kompleks PTSD, dissosiative lidelser, personlighetsforstyrrelser og psykoselidelser.

Behov for umiddelbare tiltak, eventuelt behov for kriseplan

- Opplever pasienten pågående vold eller annen type traumatisering? Hvis ja, er traumebehandling kontraindisert, da det er en pågående situasjon med risiko for flere traumer.

For vurdering av selvmordsfare, oppfølging av pårørende, eldre og pasienter uten samtykkekompetanse se nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus (psykiske lidelser – voksne).

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

Koder – første samtale

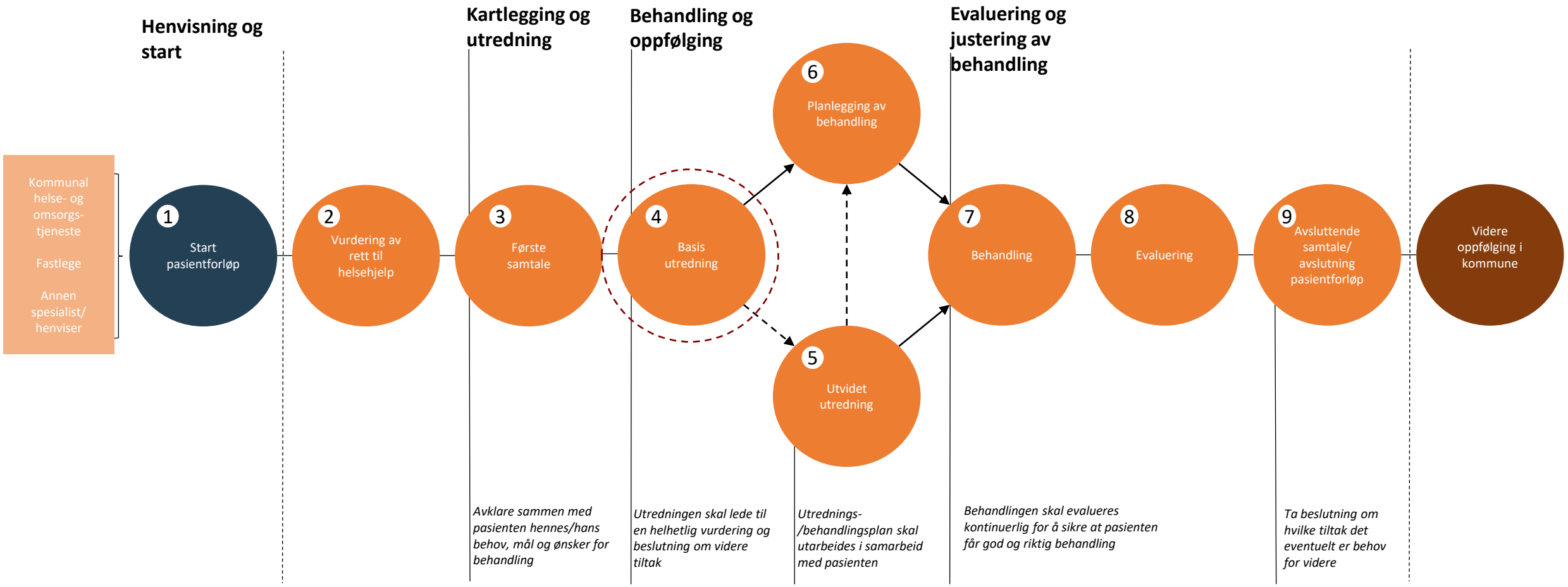
Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
M	Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp	Hendelse	9322

! ***Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen eller firkanten du ønsker å få mer informasjon om, for å komme til den seksjonen som omhandler dette***

Basis utredning

Brukermedvirkning og samhandling

Forløpstider



Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *Flytskjema for nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus er brukt med samtykke fra Helsedirektoratet. Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basis utredning

Ved **indikasjoner på en PTSD-lidelse** i henvisning eller ved første samtale, bør en basisutredning igangsettes for å få en bedre kartlegging av pasientens status generelt, men også for å gjøre en god differensialdiagnostisk vurdering av PTSD opp mot andre mulige lidelser som er i overenstemmelse med symptomene pasienten opplever. Mange pasienter med traumatiserende erfaringer kan ha behov for tiltak underveis i utredningen, slik som psykoedukasjon, hjelp til reguleringsstrategier, søvnhygiene osv. Slike tiltak kan igangsettes parallelt med utredningen, men bør struktureres slik at det ikke påvirker gjennomføring av utredningen.

Basisutredning skal være gjennomført innen 6 uker etter første fremmøte. Forløpstid som ikke er benyttet i basisutredning kan overføres til utvidet utredning, slik at forløpstid blir på inntil 12 uker.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basis utredning – Kartlegging ved indikasjon om PTSD

Vold, overgrep og andre traumatiske erfaringer

- For god kartlegging av traumatiske erfaringer kan flere kartleggingsverktøy benyttes. Et godt innledende kartleggingsverktøy er traume- og PTSD-screening (TRAPS). TRAPS gir en rask screening av potensielt traumatiserende hendelser pasienten har opplevd og tilstedeværelsen av symptomer på PTSD siste måned. Se også NKVTS sine anbefalinger for utredning og kartlegging.
- Mange klinikker vil gjøre diagnostiske vurderinger med hjelp av MINI, som en del av en basisutredning. MINI regnes ikke for å gi en fullgod diagnostisk vurdering av PTSD. Dersom klinikken bruker MINI i standard utredning, bør PTSD-modulen i MINI erstattes med TRAPS.
- Er det voldsrisiko? Pasienter med PTSD kan også stå i risiko for utøvelse av vold
- Sårbarhetsfaktorer som mobbing og opplevelser av alvorlige tap er også relevant å kartlegge, selv om de ikke kategoriseres som en traumatisk hendelse av pasienten

Livssituasjon

- Ressurser, interesse og mestringsevne. Har pasienten måter han/hun håndterer traumesymptomene på i dag som fungerer godt?
- Er det ting pasienten ønsker å få til/gjøre som han/hun ikke får til fordi symptomene begrenser?
- Er det forhold i familien, det sosiale nettverket og/eller kulturell bakgrunn som kan ha betydning for symptomene?

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basis utredning – Kartlegging ved indikasjon om PTSD

Rusmiddelbruk og annen avhengighet

- Opplever pasienten selv at rus eller annen avhengighet (f.eks. gaming, pengespill, anabole steroider) benyttes for å dempe symptomer assosiert med PTSD?
- Fremstår rusmiddelbruket eller annen type avhengighet som en reguleringsmekanisme som primært er en konsekvens av den psykiske lidelsen?
- Er rusmiddelbruket/avhengigheten så omfattende at det bør henvises til pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling?
- Kartlegg om pasienten misbruker reseptbelagte legemidler som benzodiazepiner.

Levevaner

- Ved PTSD er spesielt søvn og aktivitetetsnivå viktig å kartlegge. Dette gir et innblikk i både symptomtrykk og funksjonsnivå.
- Om pasienten har opplevd overgrep kan også matinntak være problematisk og triggende for mange.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basis utredning – Kartlegging ved indikasjon om PTSD

Legemiddelbruk

- Bruker pasienten legemidler i behandling av angstlidelse, f.eks. benzodiazepiner?
- Bruker pasienten legemidler knyttet til søvn?

Psykisk og somatisk sykehistorie

- Har pasienten tidligere hatt en aktiv PTSD? Hvis ja, hva var bakgrunnen for dette, og ble den behandlet? Om pasienten har fått tidligere behandling for PTSD, undersøk hva behandlingen besto i og om den var traumerettet (var det PTSD-behandling eller mer generell psykoterapi?)
- Har pasienten opplevd tidligere lidelser som er viktige i en differensialdiagnostisk vurdering? Dette inkluderer andre angstlidelser, men også psykoselidelser og personlighetsforstyrrelser.
- Har pasienten opplevd noen somatiske lidelser som er viktige i vurdering av diagnose?

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basis utredning – Kartlegging ved indikasjon om PTSD

I tillegg til disse faktorene som har særskilt betydning ved indisert PTSD, skal også følgende kartlegges i basisutredning:

- ***Somatisk status***
- ***Vurdering av førerkort***
- ***Risikofaktorer for selvmord***
- ***Psykiske og somatiske sykdommer i familien***

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basis utredning – differensialdiagnostisk vurdering ved PTSD

Følgende lidelser har høy komorbiditet med PTSD, og bør vurderes differensialdiagnostikk mot en PTSD-diagnose:

- Ruslidelser (F.10-F.19)
- Spiseforstyrrelser (F.50)
- Personlighetsforstyrrelse(r) (F.60)
- Psykoselidelser (F.20-F.29)
- Andre angstlidelser (F.40-F.42)
- Affektive lidelser (F.30-F39)
- Dissosiative og somatoforme lidelser (F.44-F.45)

Se mer om differensialdiagnostisk vurdering under «Utvidet utredning»

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basis utredning – konklusjon ved utredning

Etter basisutredning skal det tas stilling til om pasienten har:

1. Behov for behandling i psykisk helsevern – pakkeforløp videreføres
2. Behov for en utvidet utredning - pakkeforløp videreføres
3. Behov for behandling og/eller oppfølging fra en annen instans enn psykisk helsevern - pakkeforløp avsluttes
4. Ikke foreligger behov for videre behandling - pakkeforløp avsluttes

For tilleggsvurderinger (som for eksempel tiltak for mindreårige barn som pårørende, tiltak knyttet til somatisk helse, levevaner, samarbeid med skole/arbeidsliv/andre aktører osv.) det skal tas stilling til se nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus (psykiske lidelser – voksne).

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basis utredning – kommunikasjon etter utredning

Uavhengig av den kliniske beslutningen er det sentralt at utfallet av utredningen blir kommunisert til pasienten på en lett forståelig måte. Om konklusjonen av utredningen er at pasienten tilfredsstiller kriteriene for PTSD, kan det være viktig å gi følgende informasjon:

- Hva diagnosen innebærer og hva som er vanlige symptomer. Kort psykoedukativ informasjon kan være viktig før behandling igangsettes. Normaliser pasientens opplevelser.
- Hvilke behandlingsalternativer som finnes i klinikken, og hvordan et behandlingsløp for PTSD vil kunne se ut. I de fleste tilfeller vil et behandlingsalternativ være en behandling som eksponerer for traumeminnene til pasienten, noe mange pasienter kan være skeptiske til. Som behandler er det viktig å motivere pasienten og skape et rasjonale for dette på forhånd.
- Informer om at det er gode behandlingsutsikter for pasienter med PTSD, og du som behandler kan gjerne skape positive forventninger til utfallet av behandlingen.

Informasjon om diagnosen og behandlingsalternativer kan med fordel gis skriftlig i tillegg til muntlig.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

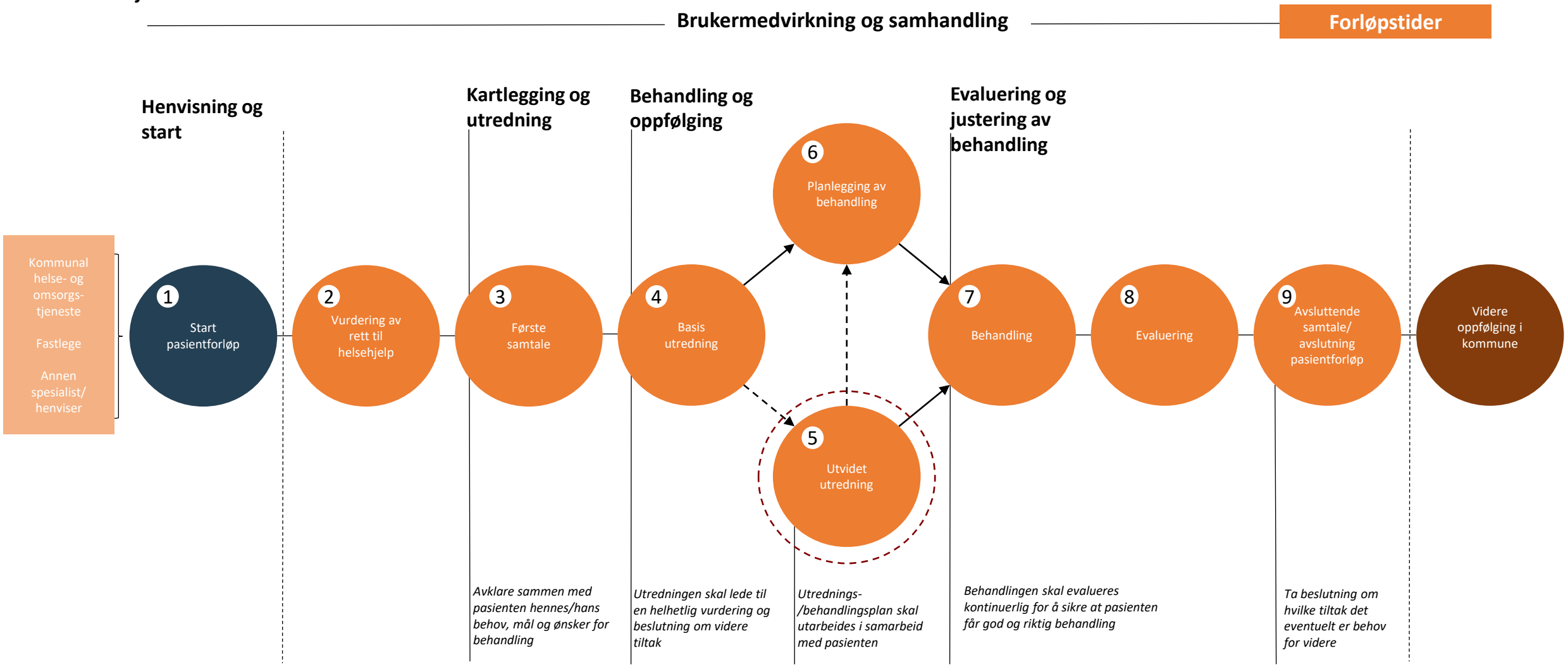
Koder – basis utredning

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
U	Utført aktivitet	Hendelse	9322
V	Brukt standardisert verktøy for måling av symptom og/eller funksjon	Utfall	9325

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
C	Klinisk beslutning	Hendelse	9322
U	Behov for utvidet utredning	Utfall	9323
P	Behov for behandling innen psykisk helsevern	Utfall	9323
T	Behov for behandling innen TSB	Utfall	9323
S	Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)	Utfall	9323
K	Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste	Utfall	9323
A	Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern m.m.	Utfall	9323
I	Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging	Utfall	9323

! *Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen eller firkanten du ønsker å få mer informasjon om, for å komme til den seksjonen som omhandler dette*

Utvidet utredning



Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *Flytskjema for nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus er brukt med samtykke fra Helsedirektoratet. Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

5

Utvidet utredning

Hvis det i forløpet av basisutredningen viser seg at man ikke har kommet til en diagnostisk avklaring som kan gi grunnlag for tiltak, skal det anbefales og gis tilbud om utvidet utredning. Ved behov for utvidet utredning skal det i samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende lages en utredningsplan som skal gjennomføres i løpet av seks uker.

I en utvidet utredning skal det vurderes om det trengs å innhente mer informasjon fra andre parter, og om det eventuelt skal avholdes samarbeidsmøter med f.eks. fastlege, henviser eller NAV.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

5

Utvidet utredning – sentralt ved mulig PTSD

Avklaring av PTSD – diagnose

- Dersom basisutredning ikke gjør det mulig å konkludere om pasienten tilfredsstiller kriterier for PTSD, bør videre utredning inkludere et semistrukturert intervju for PTSD, for eksempel Klinikeradministrert PTSD-skala for DSM-5 (KAPS-5).
- Det viktigste symptomet å undersøke nærmere er traumerelaterte gjenopplevelser, da dette i størst grad skiller PTSD fra andre tilstander (Brewin, 2014)
- Andre mulige psykiske lidelser eller ruslidelser bør utredes med kvalitetssikrede verktøy. ROP-tjenesten har laget en oversikt over nyttige instrumenter: ROP utredning

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

5

Utvidet utredning – sentralt ved mulig PTSD

Symptomer og differensialdiagnostiske vurderinger ved mulig kompleks PTSD (CPTSD)

Har pasienten rapportert gjentatte traumatiske hendelser der en eller flere av disse har inntruffet i barndom, er sannsynligheten større for at pasienten også rapporterer flere symptomer i tråd med diagnosen kompleks PTSD. Dette bør kartlegges, og det bør gjøres en vurdering av hvorvidt PTSD-diagnosen også er i tråd med diagnosen kompleks PTSD i ICD-11. Disse symptomene er:

- Alvorlige og omfattende problemer med affektregulering
- Vedvarende overbevisninger om seg selv som verdiløs, forminsket eller overvunnet, kombinert med følelser av skam, skyld eller tap knyttet til traumet
- Vedvarende problemer med å vedlikeholde eller inngå i nære forhold til andre

Det er utarbeidet et validert instrument for kartlegging av kompleks PTSD, oversatt til norsk og validert av Modum Bad. Skjema finner du her.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

5

Utvidet utredning – sentralt ved mulig PTSD

Dissosiative symptomer

Ved kompleks traumatisering er det normalt at pasienten opplever dissosiative symptomer. Omfanget av disse kan kartlegges ved strukturerte kartleggingsverktøy. Eksempler på strukturerte skjemaer kan være:

1. DES (Dissociative Experience Scale)
2. SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire)

Pasienter med PTSD vil ofte ha høy grad av dissosiative symptomer. Høye skårer, særlig på symptomer relatert til amnesi og identitetsvansker, kan indikerer tilstedeværelse av en dissosiativ lidelse. Videre utredning bør foretas av psykolog eller psykiater med opplæring i slike vurderinger.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

5

Utvidet utredning – sentralt ved mulig PTSD

Andre differensialdiagnostiske vurderinger som er sentrale for PTSD/CPTSD.

Mange pasienter som oppfyller de diagnostiske kriteriene for PTSD eller CPTSD, vil også oppfylle kriteriene til andre diagnoser (se seksjon "Differensialdiagnostiske vurdering ved PTSD i utredning"). En god differensialdiagnostisk vurdering bør gjøres opp mot disse diagnosene.

Følgende fagstoff kan være nyttige ressurser for differensialdiagnostiske vurderinger:

Retningslinjer for differensialdiagnostisk vurdering av symptomer på PTSD

Differensialdiagnostiske vurderinger ved schizofreni og komplekse dissosiative lidelser

Diskusjon av ustabil personlighetsforstyrrelse opp mot kompleks PTSD

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

5

Utvidet utredning – sentralt ved mulig PTSD

Motivasjon for behandling

Pasienten bør innen avslutningen av en utvidet utredning bli presentert for mulige behandlingsmetoder for PTSD (se seksjon "Behandlingsmetoder"). Det bør legges et spesielt fokus på å kartlegge hva slags behandling klinikken kan tilby som pasienten er motivert for.

De fleste kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD vil innebære en eller annen form for eksponering for traumeminnet eller følelser og tanker relatert til traumet. For terapeuten er det derfor sentralt å forklare hva eksponerende behandling vil innebære, og motivere pasienten for slik behandling.

Trykk her for mer om behandling av PTSD.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

5

Utvidet utredning – konklusjon ved utredning

En sentral del av den utvidede utredningen er den kliniske vurderingen av videre behandlingsforløp (om pasienten vurderes å ha behov for videre behandling i psykisk helsevern). Følgende kan være viktig for vurdering av videre behandling:

1) Hvilken diagnose som synes primær å behandle for å bedre pasientens funksjon og symptomtrykk
2) Hvilken diagnose man vil kunne ha god behandlingseffekt av ut fra klinikkens behandlingstilbud
3) Hva pasienten selv er motivert for å arbeide med

En utvidet utredning skal ende i en av følgende konklusjoner:

1. Det er behov for behandling innen psykisk helsevern/TSB – nasjonalt pasientforløp fortsetter
2. Det er behov for behandling og oppfølging fra annen instans enn psykisk helsevern/TSB – nasjonalt pasientforløp avsluttes
3. Det foreligger ikke behov for videre oppfølging – nasjonalt pasientforløp avsluttes

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

Koder – utvidet utredning

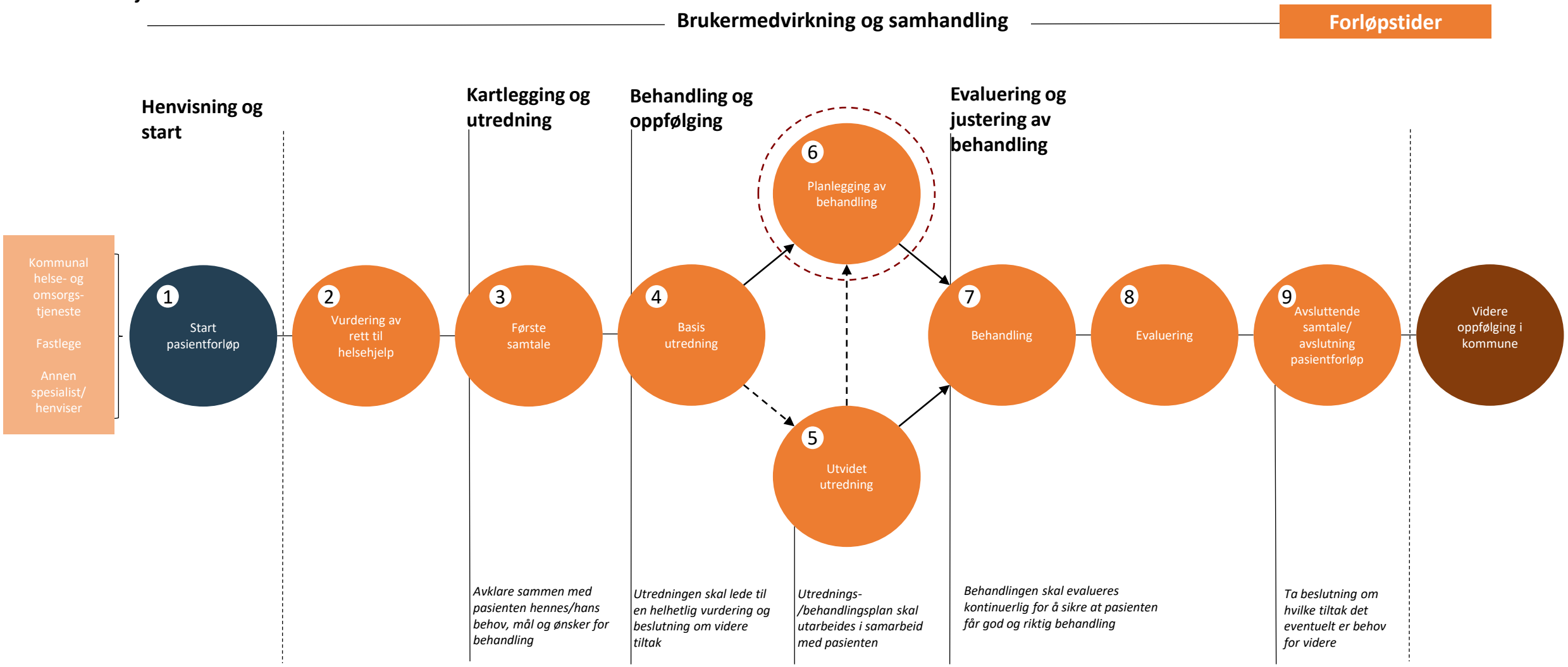
Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
U	Utført aktivitet	Hendelse	9322
V	Brukt standardisert verktøy for måling av symptom og/eller funksjon	Utfall	9325

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
L	Pasientutsatt forløp	Hendelse	9322

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
C	Klinisk beslutning	Hendelse	9322
U	Behov for utvidet utredning	Utfall	9323
P	Behov for behandling innen psykisk helsevern	Utfall	9323
T	Behov for behandling innen TSB	Utfall	9323
S	Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)	Utfall	9323
K	Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste	Utfall	9323
A	Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern m.m.	Utfall	9323
I	Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging	Utfall	9323

! *Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen eller firkanten du ønsker å få mer informasjon om, for å komme til den seksjonen som omhandler dette*

Planlegging av behandling



Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *Flytskjema for nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus er brukt med samtykke fra Helsedirektoratet. Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

6

Planlegging av behandling

I startfasen av behandlingen bør hovedfokus være å etablere en behandlingsrelasjon og engasjere pasienten i sin egen behandling. Behandlingen skal være kunnskapsbasert og tilpasset pasientens ønsker og behov. Pasienten bør allerede være informert om de ulike behandlingsformene enheten tilbyr, og det skal registreres om de har fått informasjon om dette.

Noen pasienter med PTSD har også rett til andre planer, ut over behandlingsplan.
Det skal vurderes om:

1. Pasienten har rett til individuell plan (IP)
2. Pasienten har behov for kriseplan
3. Tilstanden tilsier at det bør etableres en ansvarsgruppe

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

6

Planlegging av behandling – samhandling med pårørende og barn

I alle pasientforløp skal det sikres samarbeid med pårørende ut fra pasientens ønsker og behov. Generell informasjon om PTSD (når diagnosen er kjent) og tilbud ved virksomheten kan gis pårørende uten samtykke. Pårørende kan være en viktig ressurs for pasienter med PTSD, og bør involveres i behandlingen der det er mulig. Tilbud som pårørende kan gjøres oppmerksom på er:

- Landsforeningen for PTSD i Norge
- Landsforeningen mot Seksuelle Overgrep
- Landsforeningen for voldsofre
- Kameratstøtte fra Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner
- Nok.Norge https://noknorge.no/

For mer informasjon om samarbeid med pårørende, se Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

6

Planlegging av behandling - behandlingsplan

Etter basis- og/eller utvidet utredning, bør behandlingsplan lages. Denne skal utarbeides sammen med pasienten, og med eventuelle pårørende. En behandlingsplan bør minimum inneholde:

Behandlingsmål

- For pasienter med PTSD vil dette i mange tilfeller dreie seg om å ta tilbake funksjon i hverdagen.

Rammer for behandlingen (hyppighet, varighet).

- For mange kunnskapsbaserte behandlinger for PTSD (f.eks. CT-PTSD og EMDR) er varighet satt fra 10-12 timer, med opp mot 20 timer som ramme ved kompleks PTSD. De fleste gruppebaserte tilbud har også etablert lengde. Varighet må vurderes ut fra symptom- og funksjonsnivå. Ved kompleks PTSD bør behandlingslengde planlegges i øvre ende av timespennet som anbefales for behandlingsmetoden. Dette er kun for behandling av PTSD-lidelsen, ikke samtidige lidelser.

Behandlingstilnærminger og tiltak.

- Det bør spesifiseres hvilken behandlingstilnærming det arbeides ut fra, om dette er EMDR, CT-PTSD eller andre behandlingstilnærminger, slik som Prolonged Exposure Treatment eller lignende, og de sentrale intervensjonene i denne behandlingen.
- Det bør spesifiseres om det skal jobbes kun med PTSD-diagnosen, eller med andre lidelser samtidig, f.eks. rusproblematikk gjennom motiverende intervju eller andre former for behandling.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

6

Planlegging av behandling - behandlingsplan

Eventuelle tiltak utenfor psykisk helsevern

- Det bør spesifiseres om det er behov for annen oppfølging, slik som oppfølging i førstelinjetjenesten, møter med NAV osv.

Plan for tilbakevending til arbeid/skole

- Der pasient ikke er i arbeid eller på skole bør dette adresseres. For mange pasienter som er utenfor arbeid grunnet PTSD, vil symptomlette kunne være en direkte medvirker til at de kan komme tilbake til arbeid/skole.
- Der pasienten er i jobb bør det vurderes samarbeid med arbeidsgiver om tilpasning av arbeidsoppgaver. Mange pasienter vil ha nytte av jobbrelaterte tilpasninger i en periode der man er i et intensivt behandlingsforløp for PTSD.

Ansvarlige for de ulike tiltakene

- Det bør spesifiseres hvem som skal stå ansvarlig for de ulike tiltakene.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

6

Planlegging av behandling - behandlingsplan

Hvilke ansvar pasienten har for å følge opp behandlingen

- Det bør avklares hva pasienten skal gjøre mellom møter med behandler for å følge opp behandlingen selv. F.eks. eksponering for traumeminnet, atferdseksperimenter osv.

Kriterier for avslutning.

- Det bør avklares hva som skal til for at behandlingen skal avsluttes, enten om dette er bedring eller forverring av symptom og funksjon. Ved **avbrudd i behandlingen** se nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus (psykiske lidelser – voksne)

Plan for evaluering av tiltakene.

- Pasientens opplevelse av behandlingen, effekten av denne og egen status skal evalueres etter noen fastsatte punkter. Første evaluering skal skje innen 6 uker etter klinisk beslutning etter utredning, og deretter skal det være maksimalt 12 uker mellom hver evaluering. (Se også seksjon: «Evaluering»). I behandlingsplanen bør det også fremgå om terapeuten kommer til å benytte jevnlig kartlegging av symptomtrykk, funksjonsnivå og/eller tilbakemelding fra pasienten på behandlingen og terapeuten.

Som en del av behandlingsplanen skal pasientens somatiske helse følges opp. Ved poliklinisk behandling er behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten ansvarlig for at det er tydelig avklart hvem som følger opp pasienten somatisk, enten det er fastlegen eller en lege i spesialisthelsetjenesten.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

6

Planlegging av behandling - behandlingsplan

Pasientens reguleringsferdigheter bør kartlegges.

Dette inkluderer, men begrenser seg ikke til de understående punkter. Pasientens reguleringsferdigheter er viktig i videre behandling og daglig fungering.

- Kan pasienten orientere seg til sted og tid når han/hun blir trigget av et traumeminne?
- Klarer pasienten å ta vare på primære behov, som søvn, mat og personlig hygiene?
- Klarer pasienten å gjenkjenne når han/hun blir trigget/får økt aktivering av et traumeminne?
- Kan pasienten etablere trygghet i hverdagen ved økt aktivering eller trigging?
- I hvilken grad gjenkjenner og tolererer pasienten affekt og aktivering?

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

Koder – planlegging av behandling

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
U	Utført aktivitet	Hendelse	9322
B	Pasient og/eller foreldre og eventuelt pårørende er informert om de ulike behandlingsformer enheten tilbyr for aktuell lidelse	Utfall	9323

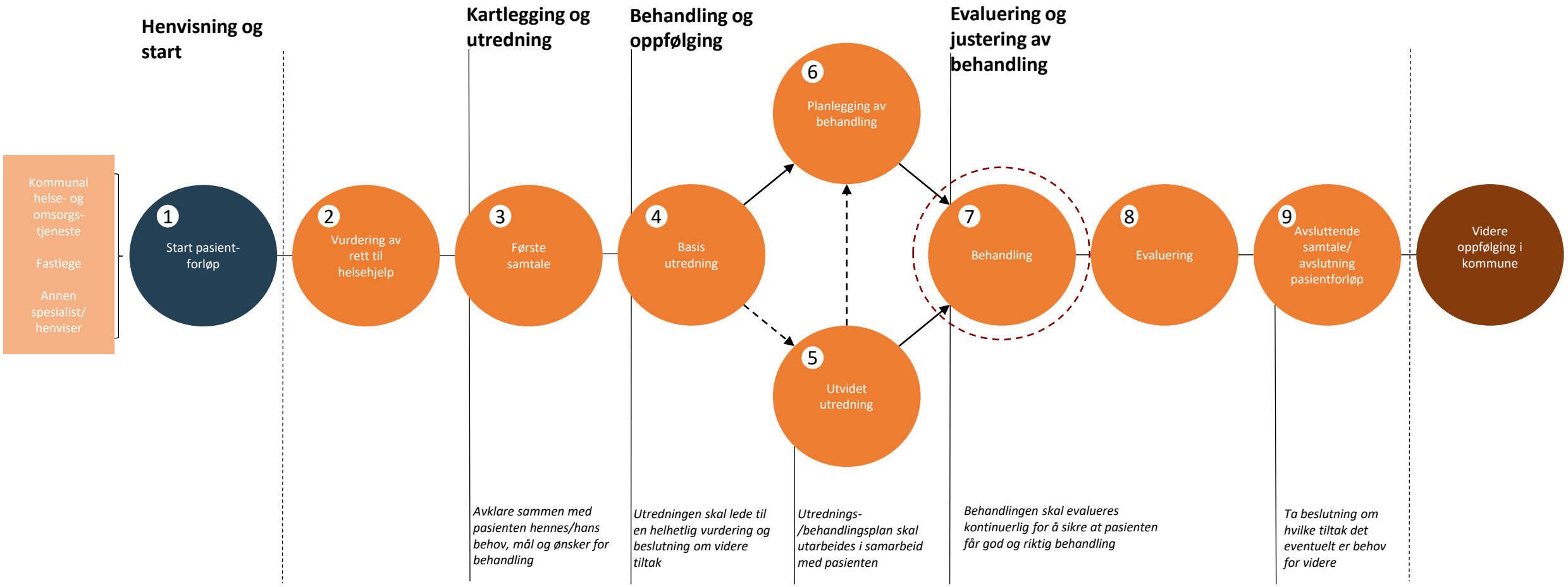
Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
U	Utført aktivitet	Hendelse	9322
U	Pasient og/eller foreldre og eventuelt pårørende er involvert i utarbeidelse av behandlingsplan	Utfall	9325

! ***Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen eller firkanten du ønsker å få mer informasjon om, for å komme til den seksjonen som omhandler dette***

Behandling

Brukermedvirkning og samhandling

Forløpstider



Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *Flytskjema for nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus er brukt med samtykke fra Helsedirektoratet. Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7

Behandling av PTSD

Denne seksjonen består av flere underdeler. For rask navigering, trykk på underseksjonen du vil nå:

a) Behandling av PTSD, generelle føringer
b) Fellesfaktorer i god PTSD behandling
c) Kognitiv atferdsterapi (CBT) for PTSD
d) Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
e) Behandlingsmetoder med forskningsstøtte
f) Behandling av kompleks PTSD
g) «Stabiliserende» traumebehandling
h) Medikamentell behandling
i) Samhandling med andre parter
j) Kontraindikasjoner for eksponerende PTSD-behandling
k) Migrasjon og flukt

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7a

Behandling av PTSD – generelle føringer

Flere behandlingsmetoder er blitt utviklet for PTSD hos voksne. Effekten av disse er evaluert og oppsummert i metaanalyser (Bisson et al., 2013) og retningslinjer for behandling (NICE, 2018; World Health Organization, 2013; ISTSS, 2018). National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i UK gjorde i 2018 en oppdatering av sine retningslinjer etter et svært omfattende arbeid med sammenstilling av beste forskning, med klinisk ekspertise og involvering fra brukergrupper.

Deres anbefalinger for behandling av PTSD hos voksne er følgende:

1. Tilby individuelt **traumefokusert kognitiv atferdsterapi (CBT)** eller **EMDR**.
2. Vurder datastøttet/internettassistert traumefokusert CBT for pasienter som foretrekker dette fremfor kontakt med behandler.
3. Vurder CBT-intervensjoner rettet mot spesifikke symptomer som søvn, sinneproblemer osv. hvis pasienten er uvillig til traumespesifikk behandling, eller fortsatt sliter med disse symptomene etter traumefokusert behandling.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7b

Behandling – fellesfaktorer i god PTSD-behandling

Det kan være forvirrende å lese om flere ulike behandlingsmetoder som alle har forskningsevidens, men som benytter seg av ulike teknikker. I ytterste konsekvens kan man som behandler få for seg at «alt fungerer». I realiteten er det svært mye som er felles for all god PTSD-behandling (Schnyder et al., 2015), og stort sett alle evidensstøttede traumebehandlingsmetodene følger disse prinsippene i behandlingen av PTSD:

God utredning
Behandlingen bør bygge på en god utredning, der det blir kartlagt hva slags traumatiske hendelser du har opplevd og hva slags plager du har. Det anbefales å bruke intervjuer eller spørreskjemaer i denne prosessen, men en grundig klinisk samtale er også svært viktig. Det er viktig at pasienten føler seg hørt og forstått i utredningen, og at grunnlaget for eventuell diagnose blir forklart. Helsedirektoratet har utviklet egne nasjonale pasientforløp for kartlegging og utredning.

God relasjon og arbeidsallianse
Behandler og pasient må sammen jobbe for å få en god og trygg relasjon, som gjør det mulig å snakke om svært skremmende, skamfulle og overveldende temaer. Det er viktig at behandler er ikke-dømmende, viser empati og er ivaretakende. For å få hjelp med PTSD er det viktig å snakke om ting som man ellers gjerne unngår å tenke på og snakke om. Dette er ofte vanskelig i begynnelsen, men blir som oftest lettere etter hvert med hjelp av behandler.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7b

Behandling – fellesfaktorer i god PTSD-behandling

Psykoedukasjon, rasjonale og behandlingsplan
Behandler bør gi god informasjon om hva PTSD er og hvordan behandlingen er tenkt å hjelpe. Det bør lages en behandlingsplan som skisserer omfang, målsettinger og tiltak i behandlingen. Dette bør følges opp og evalueres underveis i behandlingen. Det er viktig at pasienten føler seg godt informert og involvert i hele behandlingsløpet.

Regulering
God PTSD-behandling er hardt arbeid for både pasient og terapeut! At pasienten opplever sterke følelser av redsel, skam, sorg eller sinne er viktig del av prosessen. Behandler må hjelpe slik at disse følelsene ikke blir for overveldende. Følelsesregulerende teknikker, som grunning, «trygt sted», pusteøvelser eller progressiv avslapping, kan være nyttige.

Eksponering
En av de mest krevende delene av god PTSD behandling for både terapeut og pasient er eksponering for pasientens traumeminner. Noen terapiformer vektlegger at dette skal skje gjennom full og intens innlevelse og gjenfortelling av traumeminnene, mens de fleste evidensstøttede terapiformer for PTSD vektlegger en eller annen form for eksponering for traumeminnene.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7b

Behandling – fellesfaktorer i god PTSD-behandling

Kognitive prosesser og restrukturering
Det å arbeide med hvordan man tenker om seg selv, andre personer og traumehendelsen(e) i seg selv er en sentral del av all god PTSD-behandling. De kognitive tilnærmingene vektlegger selvfølgelig dette i stor grad, mens andre tilnærminger konseptualiserer dette som en del av integrasjonen i traumeminnet etter eksponering.

Emosjoner
Alle evidensstøttede PTSD-behandlinger vektlegger arbeid med emosjoner til en viss grad. Noen fokuserer på pasientens fryktnettverk, eller følelser som skam, skyld, sorg eller tristhet.

Hukommelsesprosesser
Hukommelsesprosesser spiller en sentral rolle i alle evidensstøttede PTSD-behandlinger. Ulike terapimodeller bruker gjerne ulike begreper, men uavhengig av begrepsbruk er reorganiseringen av hukommelsesfunksjoner og det å skape et koherent traumenarrativ et sentralt mål i alle terapiformer.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7c

Behandling – kognitiv atferdsterapi (CBT) for PTSD

Det har blitt utviklet flere former for traumefokusert kognitiv atferdsterapi som bygger på de samme prinsippene (vi nevner noen av de under «behandlingsmetoder med forskningsstøtte». NICE sine retningslinjer for hva en traumefokusert CBT skal innebære, understreker at følgende skal være en del av behandlingen:

1. Metoden skal være basert på en validert manual.
2. Behandlingslengden bør ligge på mellom 8-12 sesjoner, men kan utvides ved behandling av kompleks PTSD (f.eks. 20 sesjoner).
3. Skal gis av behandlere som har kontinuerlig veiledning i metoden.
4. Inkludere psykoedukasjon om PTSD, behandlingsmetoden og reguleringsstrategier.
5. Involvere utbrodering og prosessering av traumeminnet/-ene.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7c

Behandling – CBT for PTSD

6. Inkludere prosessering av traumerelaterte emosjoner slik som skam, skyld, tap og sinne.
7. Inkludere restrukturering av tramerelaterte kognisjoner.
8. Tilby hjelp til å overvinne unngåelse.
9. Ha fokus på å gjenetablere god funksjon i hverdagen, gjennom jobb og sosiale relasjoner.
10. Forberede pasient på avslutning av behandling.
11. Inkludere planlagte oppfølgingstimer, spesielt tilknyttet hendelser som kan fungere som traumepåminnere.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7d

Behandling – Eye Movement Desensitization and Reprosessing (EMDR)

EMDR-terapi bygger på en såkalt *adaptiv bearbeidingsmodell* (Shapiro & Laliotis, 2015). Ved dagligdagse erfaringer av stress bearbeider vår psyke disse erfaringene slik at følelser reguleres og selvbildet opprettholdes. Ved traumatiske opplevelser overveldes psyken slik at opplevelsen ikke integreres med nettverket av allerede lagret hukommelse og forblir ubearbeidet.

I EMDR-terapi søker en å igangsette og fullføre bearbeiding av traumatiske minner ved å fokusere samtidig på (a) spontane assosiasjoner til traumatiske forestillingsbilder, tanker, følelser, og kroppsfornemmelser og (b) stimulering av begge hjernehalvdeler gjennom raske øyebevegelser. Det er ikke avklart hva som er de virksomme faktorene i EMDR, men nyere forskning indikerer at de bilaterale øyebevegelsene bidrar til å svekke traumeminner gjennom å belaste arbeidsminnet (van den Hout & Engelhard, 2012).

NICE sine retningslinjer understreker at følgende skal være en del av EMDR-behandlingen:

1. Metoden skal være basert på en validert manual.
2. Behandlingslengden bør ligge på mellom 8-12 sesjoner, men kan utvides ved behandling av kompleks traumehistorie (f.eks. 20 sesjoner).

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7d

Behandling – EMDR

3. Skal gis av behandlere som har kontinuerlig veiledning i metoden.
4. Skal gis på en faseorientert måte, og inkludere psykoeduksjon om reaksjoner på traumer; håndtering av vanskelige minner og situasjoner; identifisering og behandling av spesifikke minner (ofte visuelle minner); og identifikasjonen og promoteringen av alternative positive overbevisninger om seg selv.
5. Bruke gjentatt bilateral stimulering (vanligvis med øyebevegelser) for spesifikke trameminner til traumeminnet har så lav aktivering (SUD) hos pasienten som mulig, og helst ingen.
6. Inkludere at pasienten lærer reguleringsteknikker, som kan brukes for å håndtere flashbacks og høy aktivering, både i og mellom timene.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7e

Behandling – behandlingsmetoder med forskningsstøtte

Det finnes mange behandlingsmetoder for PTSD hos voksne som har forskningsstøtte og som tilbys av behandlere i Norge. Traumefokusert CBT er en fellesbetegnelse for flere behandlingsmetoder. Flere spesifikke behandlingsmanualer faller innunder denne fellesbetegnelsen. Dette er ikke en utømmelig liste, og den vil endres ettersom mer forskning gjøres på flere behandlingsformer.

- CT-PTSD er en behandlingsmetode som består i å reversere de opprettholdende faktorene til PTSD symptomene. Intervensjonene omfatter oppgaver for å ta tilbake et vanlig dagligliv, arbeid med traumeminner – forestilt eksponering, diskriminering av påminnere, oppsøke åstedet, omforming av indre bilder – for å redusere gjenopplevelse, endre oppfatninger av traumet ved å oppdatere traumeminner, endre oppfatninger av følgene av traumet (for eksempel symptomene), og oppgivelse av uhensiktsmessige strategier.
- Forlenget Eksponeringsterapi er en av metodene med best forskningsstøtte for behandling av PTSD. Metoden er utviklet i USA og legger særlig vekt på eksponering for traumeminner og situasjoner relatert til traumet. Prinsippene for Forlenget Eksponeringsterapi forklares i denne videoen: Prolonged Exposure for PTSD.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7e

Behandling – behandlingsmetoder med forskningsstøtte

- Narrativ Eksponeringsterapi er en behandlingsmetode spesielt utviklet for arbeid med flyktninger, men den har også vist seg effektiv for behandling av andre pasienter med PTSD. Behandlingen bygger på eksponering og bearbeiding av traumeminner, samt gjenfortelling av en helhetlig livshistorie.
- Kognitiv Prosesseringsterapi er også utviklet i USA og har mye forskningsstøtte. Behandlingen har mye til felles med CT-PTSD og tar sikte på å forandre traumerelaterte tanker og fortolkninger som fører til PTSD-plager. Prinsippene for Kognitiv Prosesseringsterapi forklares i denne videoen: Cognitive Prosessing Therapy for PTSD
- STAIR Narrativ Terapi er en metode som er spesielt utviklet for behandling av PTSD etter gjentatt traumatisering og kompleks PTSD. I denne behandlingen arbeider man først med å lære ferdigheter for å bedre regulere følelser og håndtere relasjoner med andre mennesker. Deretter jobber man mer spesifikt med å bearbeide traumeminner.
- Metakognitiv Terapi er en behandlingsmetode utviklet for å behandle en rekke forskjellige psykiske plager og som har vist lovende resultater for behandling av PTSD. Den skiller seg noe fra andre metoder ved at man i mindre grad snakker om de traumatiske hendelsene eller tankene om disse, men heller jobber med hvordan personen tenker om og forholder seg til negative tanker og følelser. (Metakognitiv faller ikke innunder fellesbetegnelsen CBT for PTSD, men nevnes likevel her.)

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7e

Behandling – andre behandlingsmetoder

Det finnes også flere andre typer behandling for PTSD som tilbys i psykisk helsevern, som stabiliseringsgrupper, for eksempel «Tilbake til nåtid», sensorimotorisk terapi, korttidsdynamisk terapi eller oppmerksomt nærvær. Disse metodene er ikke like mye forsket på, noe som gjør det mer usikkert om og hvordan de virker. Et unntak er nyere forskning på stabiliseringrupper. En norsk studie av effekten av stabiliseringsgrupper, kunne ikke finne effekt av gruppebehandlingen på PTSD-symptomene.

Det betyr imidlertid ikke at andre behandlingsformer ikke kan være nyttige og de kan være verdt å forsøke dersom andre metoder ikke har gitt ønsket utbytte, eller pasienten ønsker denne typen behandling.

Hvis klinikken kan tilby kunnskapsbasert behandling for PTSD, og pasienten er motivert for å jobbe med sine PTSD-relaterte symptomer, bør pasienten få tilgang på disse først.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7f

Behandling – kompleks PTSD

Kunnskapsgrunnlaget for behandling av kompleks PTSD er mindre enn for PTSD. Forskning tyder imidlertid på at pasienter med kompleks PTSD i like stor grad har nytte av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder som pasienter med PTSD.

Tidligere retningslinjer for behandling av kompleks PTSD fra International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) anbefalte såkalt *faseorientert behandling* for kompleks PTSD. Det vil si at stabiliserende traumebehandling burde komme forut for traumefokusert behandling. Nye retningslinjer fra 2018 går bort fra denne anbefalingen.

Nye retningslinjer gir følgende anbefalinger, basert på tilgjengelig forskning og kliniske erfaringer (NICE, 2018):

- For pasienter med PTSD og depresjon bør førstevalg være å behandle symptomene på PTSD først, siden depresjonen ofte vil bedres ved effektiv traumebehandling. Behandle depresjonen først dersom plagene er så alvorlige at PTSD-behandling vanskeliggjøres eller personen er til fare for seg selv eller andre.
- Ikke ekskluder personer fra PTSD-behandling utelukkende på bakgrunn av samtidig rus- eller alkoholmisbruk.
- Pasienter med psykoselidelser og/eller personlighetsforstyrrelser vil kunne ha nytte av å først få behandling for sin samtidig PTSD-diagnose, før man igjen opptar behandling av de andre lidelsene.

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7f

Behandling – kompleks PTSD

For pasienter med tilleggsvansker, inkludert kompleks PTSD:

- Tilby mer tid til å bygge tillit, ved å øke lengden eller antallet terapitimer.
- Ta hensyn til personens sikkerhet og stabilitet i sin livssituasjon og hvordan dette kan påvirke behandlingen.
- Hjelp personen med å håndtere ting som kan være en barriere for å nyttiggjøre seg av traumefokusert behandling, slik som rusmisbruk, dissosiasjon, følelsesregulering, mellommenneskelige vansker eller negativt selvbilde.
- Jobb sammen med pasienten for å planlegge videre støtte etter endt behandling, for eksempel ved hjelp til å håndtere residualsymptomer eller komorbide vansker.

Oppsummert kan vi si at kompleks PTSD og komorbide vansker ikke bør ekskludere pasienter fra traumefokusert behandling eller forsinke igangsettingen av dette. Håndtering av tilleggsvansker bør være en integrert del av behandlingsforløpet, ikke en egen fase eller forberedelse. Det bør imidlertid planlegges noe lengere forløp ved komplekse tilstander, både for å håndtere tilleggsvansker og å arbeide med flere traumeminner. Det må også tas høyde for at pasienter med kompleks PTSD ofte har høyere symptomtrykk ved oppstart av behandling, og derfor ofte har høyere grad av residualsymptomer ved endt behandling, selv om de har samme effekt av behandling som andre pasienter med PTSD.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7g

Behandling – «Stabiliserende» traumebehandling

Stabiliserende traumebehandling er en samlebetegnelse på behandling som fokuserer på å hjelpe pasienten med å håndtere symptomer og forbedre reguleringsferdigheter, uten å direkte arbeide med traumeminner. Hovedmålsettingen med stabilisering er å gjøre pasienten mer i stand til å tolerere senere traumefokusert behandling. Behandlingen vil som oftest inneholde psykoedukasjon og trening på reguleringsferdigheter, som «grunningsøvelser», avslappingsteknikker og forestillingsøvelser. Det er utgitt flere manualer for stabiliserende traumebehandling. Psykoedukasjon og reguleringstøttende intervensjoner er også en del av behandlingsmetoder som EMDR og Kognitiv atferdsterapi for PTSD.

Det finnes ikke støtte i forskningslitteraturen som tyder på at stabiliserende behandling er nødvendig, selv der pasienten har tilleggsvansker som kompleks PTSD, dissosiasjon, rusmisbruk eller psykoselidelse. Stabiliserende behandling bør derfor ikke tilbys dersom dette vil forsinke pasientens tilbud om traumefokusert behandling. Stabiliserende behandling kan være et alternativ dersom pasienten ønsker dette og ikke er motivert for traumefokusert behandling, eller om det foreligger klare kontraindikasjoner mot traumefokusert behandling, for eksempel pågående traumatisering og fare. I likhet med annen PTSD-behandling bør stabiliserende behandling følge en fastlagt behandlingsplan som evalueres underveis. Det bør også jevnlig vurderes om pasienten er klar for traumefokusert behandling.

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7h

Behandling – medikamentell behandling av PTSD

NICE sine retningslinjer understreker at medisinsk behandling med venflafaxine eller SSRIer kan være et alternativ kun hvis pasienten har en preferanse for medisinsk behandling. Norsk legemiddelhåndbok **advarer mot bruk av benzodiazepiner i behandlingen av PTSD**. De understreker også at enhver medisinsk behandling bør monitoreres og evalueres kontinuerlig.

Norsk legemiddelhåndbok sier følgende om medikamentell behandling av PTSD:

Generelt bør medikamentell behandling gis som tillegg til samtalebehandling og som eneste behandling kun i de tilfeller der samtalebehandling ikke er mulig å gjennomføre. Benzodiazepiner (Valium, Stesolid, Sobril o.a.) som eneste behandling bør unngås. Bruken av benzodiazepiner tidlig etter en krisehendelse og i behandlingen av akutte stressreaksjoner, er kontroversiell og det anbefales derfor varsomhet med slike. Medikamentene har innledningsvis en beroligende effekt, men de har ikke hatt påvisbar effekt på senere utvikling av posttraumatisk stresslidelse. Mangel på søvn den første natten etter en opprørende hendelse kan faktisk også være av det gode, fordi tidlig søvn kan bidra til å forsterke minnet.

Antidepressive medikamenter (f.eks. trisykliske antidepressiva, SSRI) har vært brukt med en viss effekt og bør overveies, spesielt ved angst eller depresjon som en del av bildet. Dersom man oppnår effekt, bør behandlingen vare i minst ett år.

Ved behandling av søvnforstyrrelser er det viktig å ta hensyn til den individuelle søvnhistorien. Ved urolig eller forkortet søvn kan små doser av et søvnfremmende antidepressivum (f.eks. mianserin eller mirtazapin) benyttes som tillegg. Innsovningsproblemer i akutt fase kan evt behandles kortvarig med zopiklon eller zolpidem.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7i

Behandling – samhandling med andre

Det anbefales at det avholdes jevnlige samarbeidsmøter mellom pasient, kommunale aktører og behandler. I møtet tar man utgangspunktet i pasientens behandlingsplan (eventuelt IP). Underveis i behandling bør også:

- Fastlege holdes informert ved utarbeidelse av behandlingsplan og større endringer i pasientens tilstand og behandling. Kommunen bør alltid være med på møter når pasienten mottar kommunale tjenester eller trenger kommunale tjenester. Fastlegen må involveres i dette samarbeidet.
- Sikres samarbeid med pårørende og/eller andre instanser ut ifra pasientens ønsker og behov
- NAV/kommune/jobbsenter involveres ved pasientønske om å returnere til arbeid/skole
- Ved behov for langvarig oppfølging for pasienter med sammensatte tjenestebehov bør det etableres samarbeid med oppsøkende behandlingsteam i kommunen (FACT- eller ACT-team).

For mer om samhandling, se gjerne "Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid".

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7j

Behandling – kontraindikasjoner

Følgende vil være kontraindikasjon for traumespesifikk PTSD-behandling

- Pasienten lever med pågående og aktiv fare, f.eks. jevnlig vold, overgrep eller mishandling
- Pågående rusmisbruk i så stor grad at pasienten ikke vil ha nytte av eksponerende traumespesifikk behandling (mange pasienter som har rusproblemer vil kunne ha nytte av eksponerende traumespesifikk behandling, så en klinisk vurdering av hvor omfattende rusproblemene er og om det vil hindre effekt av behandling er sentralt)

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7j

Behandling – migrasjon og flukt

Traumereaksjoner og PTSD er sannsynligvis universelle fenomener, selv om noen av symptomene kan variere mellom ulike kulturer.

God kommunikasjon er en forutsetning for å kunne diagnostisere. Bruk tolk om nødvendig. Det er nyttig å være åpen for kulturelle forskjeller. Spør hvis du er i tvil om betydningen av et ord eller en atferd.

Pasienter med flyktningbakgrunn har ofte ekstra belastninger i sin nye livssituasjon. Dette kan bidra til å øke symptomtrykket.

Traumesymptomene kan behandles på vanlig måte, men en vil kunne møte de samme utfordringene som hos andre pasienter med langvarig og/eller sammensatt traumatisering. Det kan være nødvendig med tilpasninger. Narrativ eksponeringsterapi (NET) er et eksempel på en slik tilpasning, som også har en del forskningsevidens. Det er ofte nødvendig med litt lengre behandlingsforløp enn det en ellers ville forvente.

Noen pasienter med en annen kulturbakgrunn vil være ganske ukjente med psykoterapi/samtalebehandling, og trenger å få det forklart. NKVTS har laget en animasjonsfilm i fire deler om hva samtaleterapi er som kan brukes i informasjonsarbeidet.

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

Koder – behandling

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
F	Tilbakemelding til henviser og fastlege sendt underveis i forløpet	Hendelse	9322

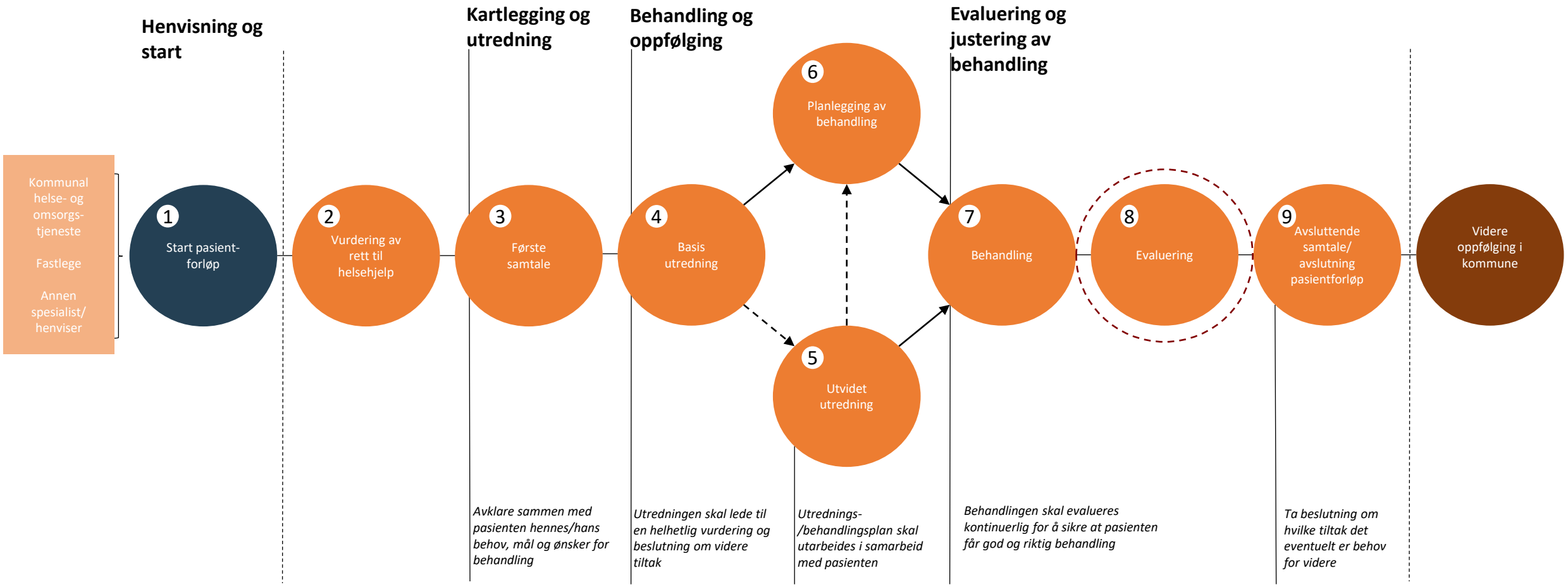
Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
E	Evalueringspunkt	Hendelse	9322

! ***Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen eller firkanten du ønsker å få mer informasjon om, for å komme til den seksjonen som omhandler dette***

Evaluering

Brukermedvirkning og samhandling

Forløpstider



Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *Flytskjema for nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus er brukt med samtykke fra Helsedirektoratet. Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

8

Evaluering av behandling

De nasjonale pasientforløpene legger opp til kontinuerlig måling av behandlingseffekt. Som et minimum bør dette gjøres ved oppstart og avslutning, men det er god evidens for at dette har en positiv effekt når det brukes kontinuerlig i behandlingsforløpet. Slike målinger bør omfatte **symptomnivå, funksjonsnivå og livskvalitet.** Pasientens tilfredshet med behandlingen kan også vurderes.

Det vil også være naturlig å knytte dette opp mot evalueringspunktene som skisseres i de nasjonale pasientforløpene. I mange klinikker vil man sette opp en evalueringspakke på tvers av pasientgrupper, som også vil dekke pasienter med PTSD.

For klinikk og den individuelle behandler vil det være viktig å vurdere omfanget av kontinuerlig kartlegging, slik at mengde informasjon pasienten må gi balanseres med pasientopplevelsen av å fylle ut skjema.

For mange klinikker vil det være fordelaktig å bruke elektroniske systemer for systematiske kartlegging. Det er flere private aktører som tilbyr dette, f.eks. Checkware, NORSE feedback etc.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

8

Evaluering av behandling - symptommål

Det finnes mange ulike symptommål på ulike psykiske lidelser. Denne listen av symptommål vil være gode for vurdering av PTSD. I mange klinikker vil det i tillegg være naturlig å bruke disse i kombinasjon med andre symptommål på f.eks. angst, depresjon.

- **PCL-5** (PTSD checklist for DSM-5) (en del av TRAPS). Kartlegger PTSD symptomer.
- **IES** (Impact of Events Scale). Kartlegging av reaksjoner etter traumatiske hendelser.
- **PSS-SR** (PTSD Symptom Scale – self report). Kartlegger PTSD symptomer.
- **DES** (Dissosiative Experience Scale). Kartlegger dissosiative symptomer.
- **ITQ** (The International Trauma Questionnaire). Kartlegger PTSD og KPTSD symptomer.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

8

Evaluering av behandling – fidelitet

I tillegg til pasientens evaluering av behandling vil en viktig del av behandlingen være å vurdere fidelitet til behandlingsmodellen som terapeuten følger. Med andre ord, bruker terapeuten metoden slik den skal brukes?

Dette vil være viktig for å sikre seg mot at f.eks. en negativ utvikling i pasientens symptomer skyldes at terapimodellen ikke brukes slik som anbefalt. Omvendt vil det være nyttig å synliggjøre at pasientens bedring er knyttet til god bruk av behandlingsmodellen.

Å undersøke fidelitet systematisk er sentralt for å sikre god implementering i tjenestene over tid. Fidelitetsskjemaer utarbeides som regel i sammenheng med utviklingen av behandlingsmodellene.

Fidelitet kan sjekkes på flere måter, men den beste måten er ved lydopptak eller video fra terapi (med godkjenning av terapeuten). Klinikkens ledelse bør følge opp og legge til rette for at terapeutene får mulighet til å sjekke egen fidelitet til metodene som brukes, for på denne måten å tilpasse/endre sin praksis for å kunne gi best behandling.

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

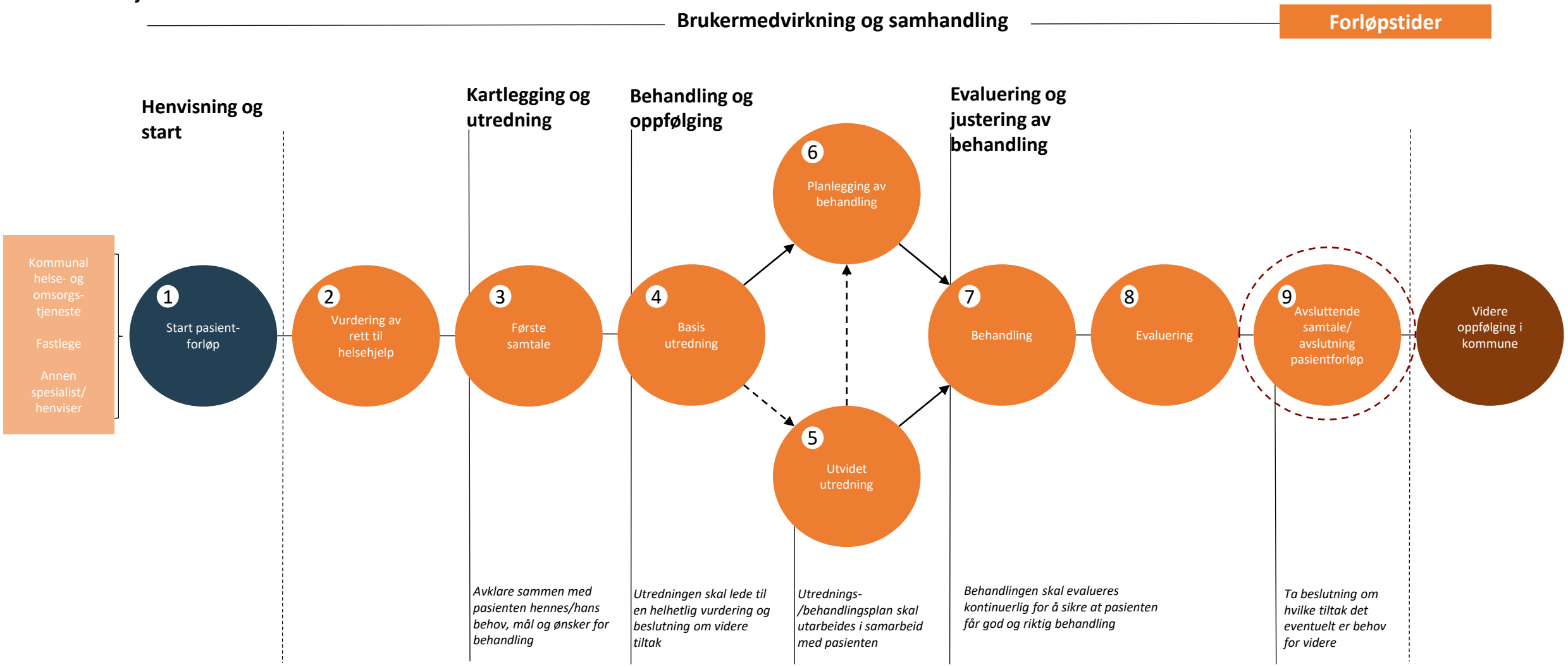
Koder – behandling

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
E	Evalueringspunkt	Hendelse	9322

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
U	Utført aktivitet	Hendelse	9322
F	Brukt feedbackverktøy	Utfall	9325

! *Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen eller firkanten du ønsker å få mer informasjon om, for å komme til den seksjonen som omhandler dette*

Avslutning pakkeforløp



Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *Flytskjema for nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus er brukt med samtykke fra Helsedirektoratet. Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

9

Avsluttende samtale/avslutning pasientforløp

Behandlingen avsluttes ved gjensidig avtale mellom pasient og terapeut. Følgende er på sjekkliste for videre oppfølging:

- En konkret fagperson er ansvarlig for oppfølgingen/koordinering av eventuelle videre tiltak i kommunen.
- Pasienten har en egnet bolig.
- Pasienten har fått tilbud om meningsfull aktivitet og hjelp til nettverksbygging.
- Det er informert om hvor pasienten kan henvende seg ved behov for ytterligere behandling i psykisk helsevern.
- Primærhelsetjenesten/fastlege bør informeres om aktuelle selvmordsvurderinger/voldsrisikovurderinger og eventuelle igangsatte tiltak.

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

9

Avsluttende samtale/avslutning pasientforløp

Pakkeforløp kan avsluttes når epikrise er skrevet, og fortrinnsvis gjennomgått med pasient. Der bør følgende temaer tas opp:

- Plan for videre tiltak og ansvar for dem, inkl. ivaretakelse av somatisk helse
- Kriseplan som er forankret hos involverte aktører
- Aktuelle avtaler, henvisninger og søknader
- Oppdatert legemiddelliste
- Eventuelt sykemelding
- Risikovurdering der det er behov, med beskrivelse av aktuelle tiltak

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

Koder – avslutning av pasientforløp

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
X	Avslutning av nasjonalt pasientforløp	Hendelse	9322
G	Avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp	Utfall	9326
P	Avbrudd etter pasientens/foresattes eget ønske	Utfall	9326
M	Avbrudd fordi pasienten ikke har møtt	Utfall	9326
A	Avslutning av andre årsaker	Utfall	9326
R	Rett til helsehjelp ikke innvilget	Utfall	9326
O	Overført til annet helseforetak / privat behandlingssted for videreføring av pågående nasjonalt pasientforløp	Utfall	9326
N	Overført til annet nasjonalt pasientforløp innen psykisk helse eller rus	Utfall	9326
S	Overført til avtalespesialist for ferdigbehandling og avslutning av nasjonalt pasientforløp	Utfall	9326

!

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

Koder- hjelpebehov ved avslutning av pakkeforløp

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
H	Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjeneste	Hendelse	9322
P	Behov for behandling innen psykisk helsevern	Utfall	9328
T	Behov for behandling innen TSB	Utfall	9328
S	Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)	Utfall	9328
K	Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste	Utfall	9328
A	Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern mm.	Utfall	9328
I	Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging	Utfall	9328

!
Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

Forløpstider

Forløpstider		
Fra henvisning er mottatt til første fremmøte ved spesialisthelsetjenesten	Poliklinikk	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)
Fra henvisning er mottatt til første fremmøte ved spesialisthelsetjenesten	Døgnenhet	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)
Fra første fremmøte til klinisk beslutning	Poliklinikk	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)
Fra første fremmøte til klinisk beslutning	Døgnenhet	Inntil 14 kalenderdager (2 uker)
Fra klinisk beslutning til første evaluering	Poliklinikk	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)
Fra klinisk beslutning til første evaluering	Døgnenhet	Inntil 14 kalenderdager (2 uker)
Tid mellom hver evaluering	Poliklinikk	Inntil 84 kalenderdager (12 uker)
Tid mellom hver evaluering	Døgnenhet	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)

Ved klinisk beslutning om behov for utvidet utredning, kan ubenyttet forløpstid fra basis utredning overføres til utvidet utredning. Samlet forløpstid for utredning skal ikke overstige 84 kalenderdager (12 uker).