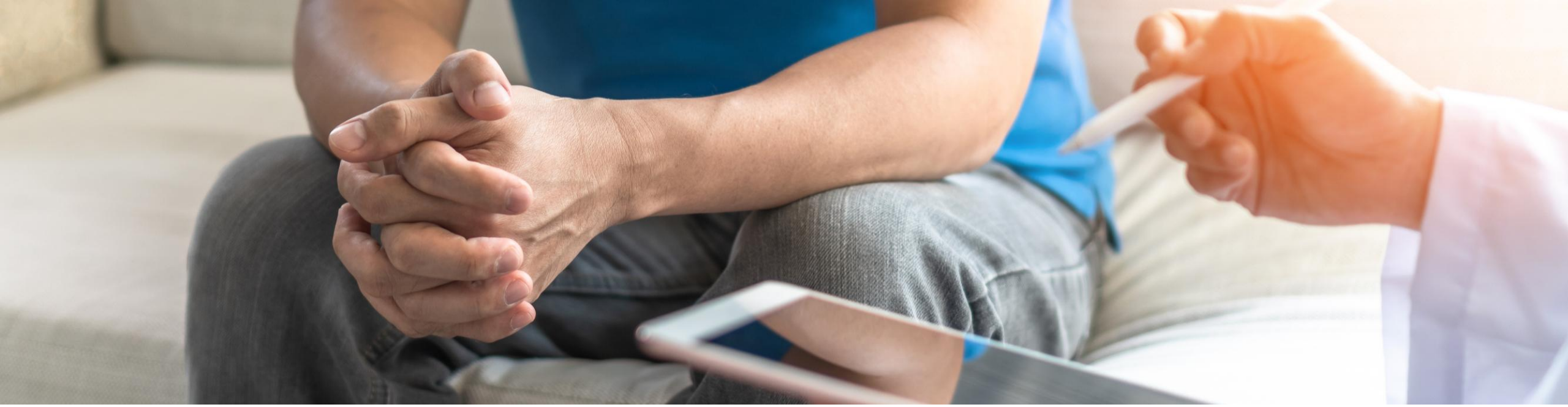
NASJONALT KUNNSKAPSSENTER
OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS

”Et bedre liv
for berørte av vold og traumer



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

Implementering av kunnskapsbasert traumebehandling med lederstøtte (LOCI)

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

Sist oppdatert av Hanne Kristine Haarset 23.03.2026

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 produkter slik at våre anbefalinger lett kan integreres inn i nasjonale pasientforløp for spesialisthelsetjenesten. Sider som er direkte fra de nasjonale pasientforløpene er merket i nedre, venstre hjørne med en link til pasientforløpene. Sider uten denne merkingen er utarbeidet av NKVTS. For å se de Nasjonale pasientforløpene i sin helhet, gå videre til Nasjonalt pasientforløp Psykiske lidelser - voksne her og Nasjonalt pasientforløp Rusbehandling (TSB) her.

Det er enkelte ulikheter mellom Nasjonalt pasientforløp for psykiske lidelser - voksne og Nasjonalt pasientforløp for rusbehandling. Anbefalingene om PTSD-behandling gjelder imidlertid begge.

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.

PTSD i ICD-10 versus ICD-11

Verdens helseorganisasjon godkjente ICD-11 i 2019, og den trådte i kraft i 2022. Innføringen i Norge er underveis, men det er foreløpig ikke satt en dato for klinisk bruk. Helsedirektoratet har ansvaret for implementeringen, som krever tilpasning av systemer og arbeidsprosesser, samt samarbeid i helsetjenesten. Det samarbeides også med andre nordiske land om nasjonal tilpasning og oversettelse. WHO anbefaler at land tar i bruk ICD-11 fra 2027.

For traumediagnoser er viktige endringer nye kriterier for PTSD og innføringen av Kompleks PTSD som egen diagnose. Les mer om forskjellene i diagnosekriteriene for PTSD mellom ICD-10 og ICD-11, og om diagnosen Kompleks PTSD på Traumebehandling.no.

PTSD og Kompleks PTSD i ICD-11

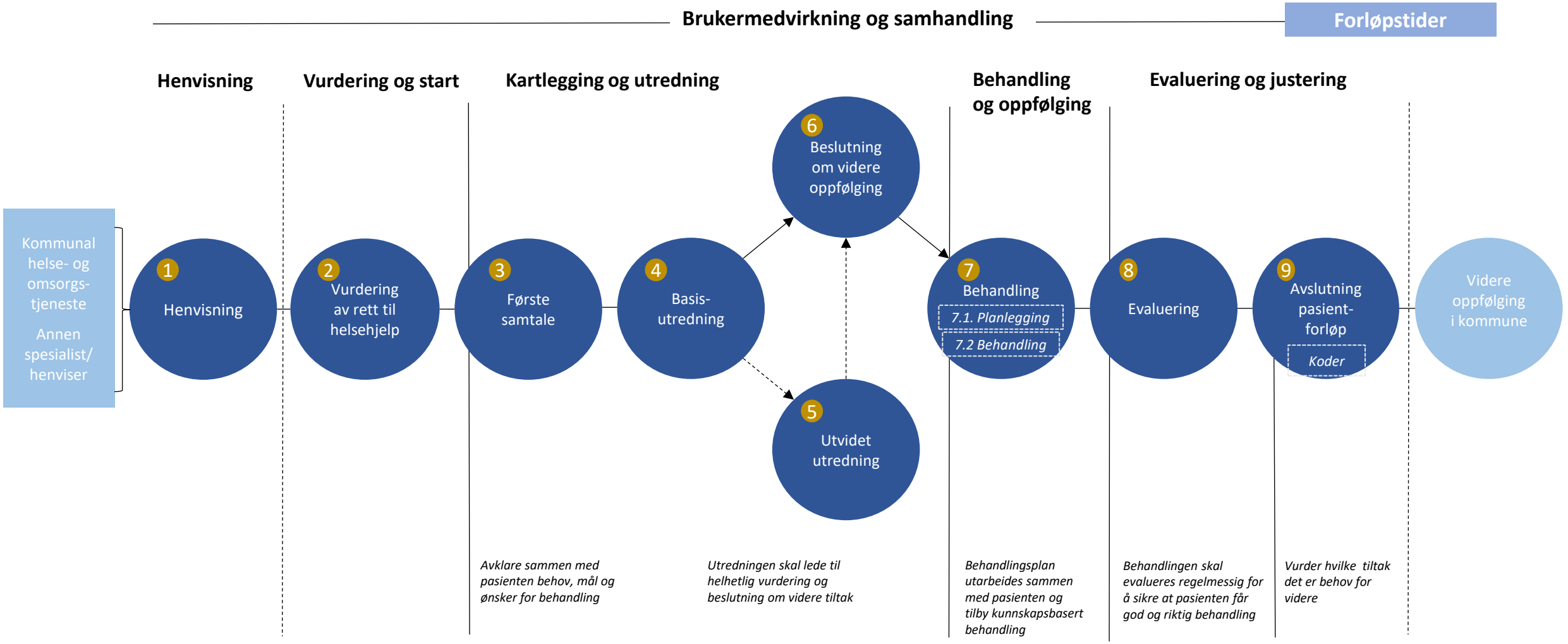
PTSD	Kompleks PTSD (CPTSD)
Å ha vært utsatt for en ekstremt truende eller belastende hendelse, eller en serie av slike hendelser.	
Gjenopplevelser i her-og-nå	Gjenopplevelser i her-og-nå
Unngåelse av traumatiske påminnere	Unngåelse av traumatiske påminnere
Følelse av pågående fare	Følelse av pågående fare
	Vansker med følelsesregulering
	Negativt selvbilde
	Relasjonelle vansker

Forstyrrelser i selvorganisering (DSO) →

(Maercker et al., 2013)

Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen du ønsker å få mer informasjon om.

Flytskjema for nasjonale pasientforløp

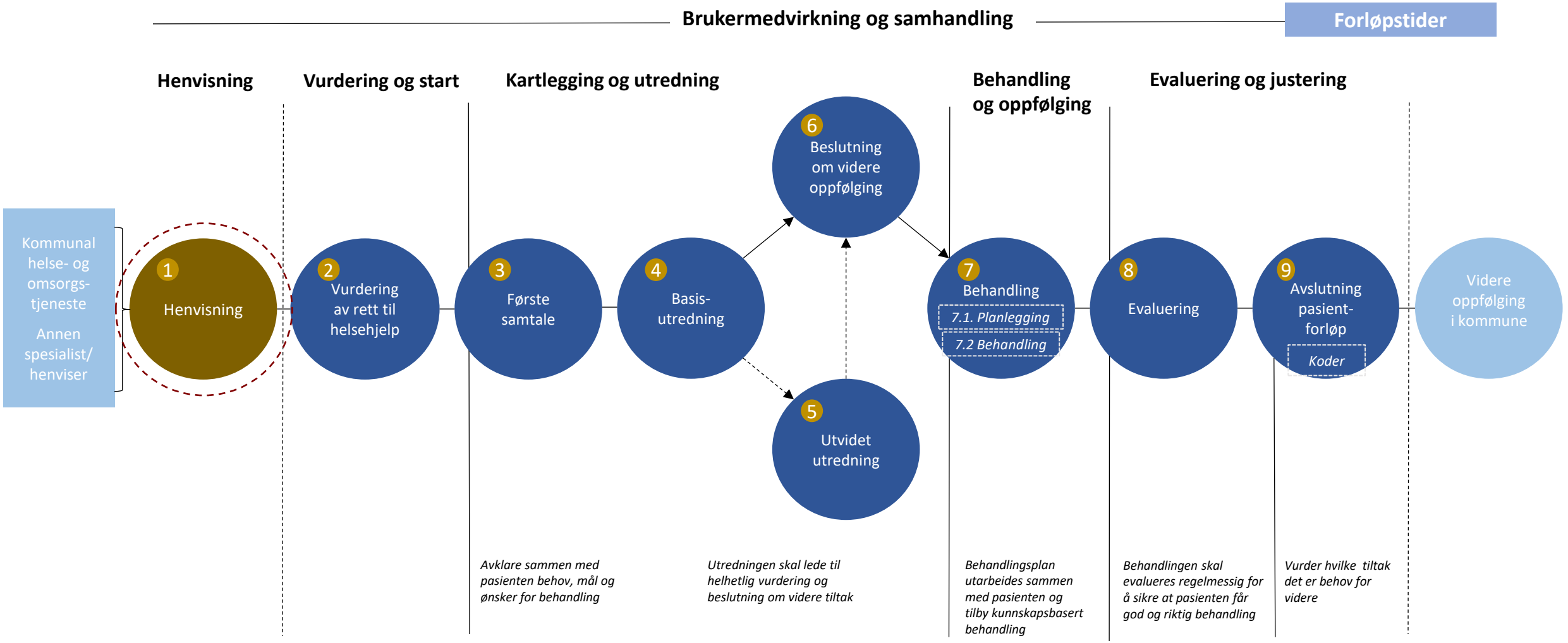


Figur 1: *Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen du ønsker å få mer informasjon om.

Henvisning nasjonalt pasientforløp



Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

1

Henvisning til nasjonalt pasientforløp

Les mer om generelt grunnlag for henvisning her: nasjonale pasientforløp: Henvisning til spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet og kartlegging i forbindelse med henvisning her: nasjonale pasientforløp: Henvisning til spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

Henvisning ved PTSD

Henvisning fra kommune/fastlege vil si noe om funksjonsnivå og 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 og beskrivelse av bruk finner du på NKVTS sine nettsider.

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.

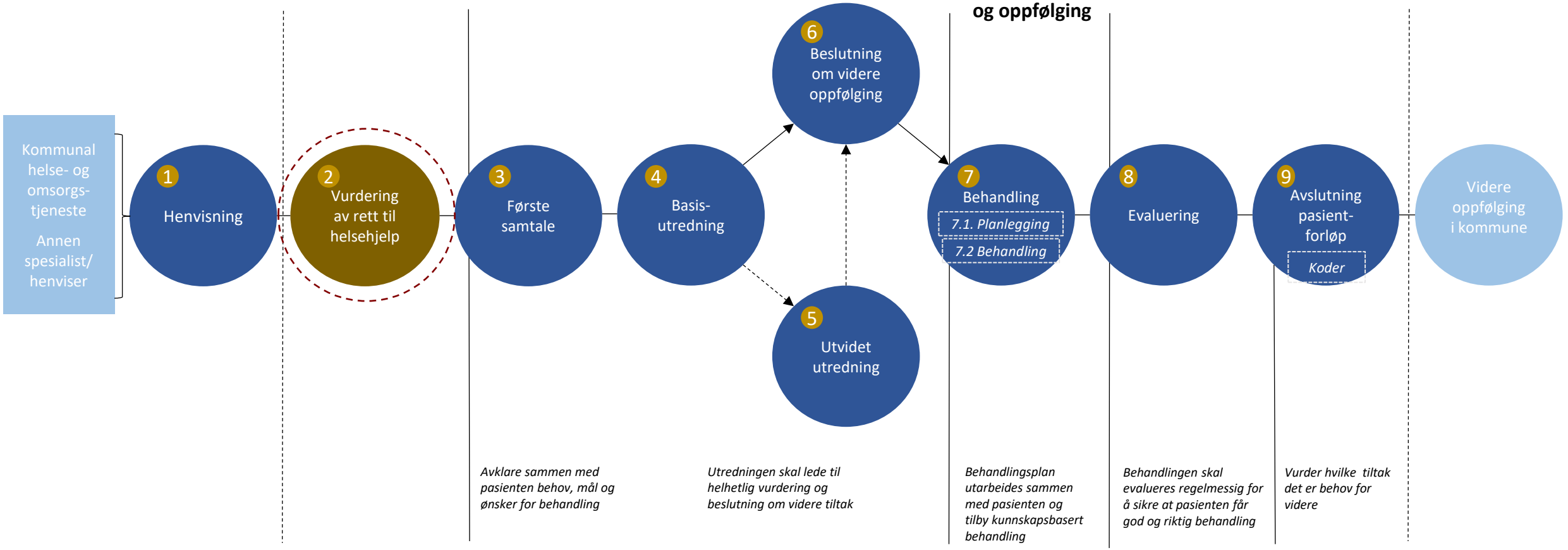
NKVTS har også andre PTSD kartleggingsverktøy på sine nettsider.

Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen du ønsker å få mer informasjon om.

Vurdering av rett til helsehjelp

Brukermedvirkning og samhandling — **Forløpstider**

Henvisning | **Vurdering og start** | **Kartlegging og utredning** | **Behandling og oppfølging** | **Evaluering og justering**



Avklare sammen med pasienten behov, mål og ønsker for behandling

Utredningen skal lede til helhetlig vurdering og beslutning om videre tiltak

Behandlingsplan utarbeides sammen med pasienten og tilby kunnskapsbasert behandling

Behandlingen skal evalueres regelmessig for å sikre at pasienten får god og riktig behandling

Vurder hvilke tiltak det er behov for videre

Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *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

Vurderingen om rett til helsehjelp skal gjøres innen 10 virkedager fra henvisningen er mottatt. Les mer om vurdering av henvisning her: Nasjonale pasientforløp: Utredning i spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

Prioriteringsveileder viser kriterier som kan utløse rett til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Les mer her: prioriteringsveileder: Fagspesifikk innledning - psykisk helsevern for voksne - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

2

Vurdering av rett til helsehjelp – traumereaksjoner

I utgangspunktet bør personer som har vært utsatt for traumer ha støttende oppfølging i primærhelsetjenesten. Ved henvisning til spesialisthelsetjenesten bør symptomene overskride det som forventes å ligge innenfor normalreaksjoner på alvorlige livsbelastninger. Ved rettighetsvurdering og fristfastsetting skal alvorlighet av *symptomnivå*, ikke alvorlighet av hendelsen, tillegges vekt.

Mange av traumepasientene henvises med symptomer på angst og/eller depresjon og skal vurderes med utgangspunkt i disse symptomene. Ved mistanke om utvikling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) eller en underliggende PTSD bør spesialisthelsetjenesten utrede og iverksette behandling og/eller gi veiledning til førstelinje. PTSD kan være en alvorlig lidelse med tap av funksjon og livskvalitet.

Tilsvarende vurdering bør gjelde ved opplevde barndomstraumer i form av vold eller seksuelle overgrep, samt ved krigsopplevelser og tortur.

Fra prioriteringsveileder: Fagspesifikk innledning - psykisk helsevern for voksne - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

2

Vurdering av rett til helsehjelp – ved mistanke om PTSD

For pasienter som henvises med mulig 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, eller dersom behandlingen i betydelig grad har avveket fra behandlingsmanualen (lav behandlingsfidelitet), 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.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

2

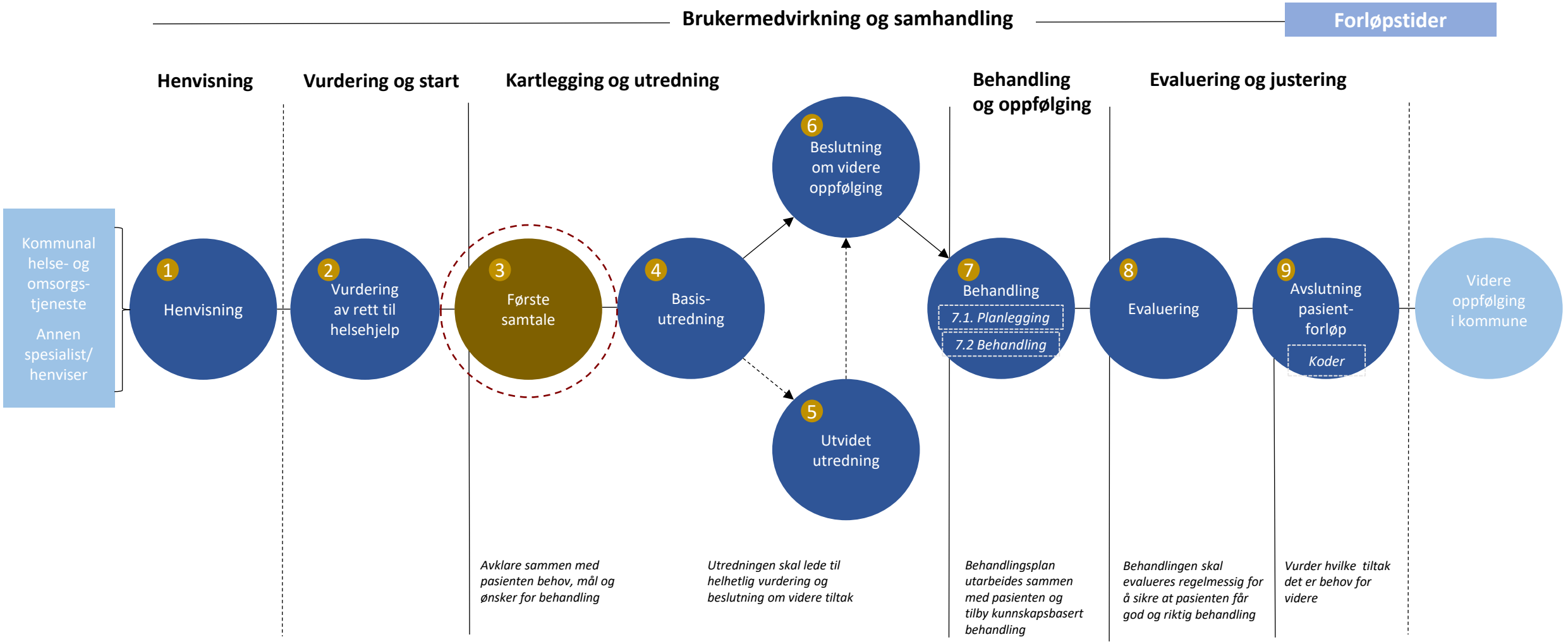
Vurdering av rett til helsehjelp – vedvarende PTSD-symptomer

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

Les mer her prioriteringsveileder: Angst og tvang - Helsedirektoratet.

Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen du ønsker å få mer informasjon om.

Første samtale



Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

3

Første samtale - kartlegging og utredning

I første samtalen avklares pasientens behov, mål og ønsker for utredning, behandling og oppfølging. Kartlegg og vurder videre behov for helsehjelp. Gi informasjon og veiledning om utrednings- og behandlingstilbudet. Ta hensyn til tidligere innhentet informasjon og kartlegging.

Se mer generell informasjon om første samtale her: nasjonalt pasientforløp: Utredning i spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

Fra nasjonalt pasientforløp: Utredning i spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

3

Første samtale ved PTSD

Alle pasienter kan være spente før møtet med spesialisthelsetjenesten. Pasienter med traumatiske erfaringer og mulig PTSD kan være svært følelsesmessig aktiverte i møte med spesialisthelsetjenesten blant annet fordi de skal fortelle om noen av sine vondeste opplevelser. Mange vil være bekymret for å ikke bli trodd. En del vil heller ikke være klar 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.
- Les mer på Traumebehandling hvordan man oppdager potensielle traumer hos voksne
- Ha gjerne viktig informasjon skriftlig tilgjengelig, og spør pasienten om det kan være nyttig for dem å få informasjonen i skriftlig form.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

3

Første samtale ved PTSD

I første samtale vil følgende punkter være spesielt relevante 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 pasienten 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 traumetidspunktet?

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

- Ønsker pasienten 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 de vil snakke mer inngående om traumet og hva dette har ført til for pasienten

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

3

Første samtale ved PTSD - fortsettelse

Psykiatrisk status

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

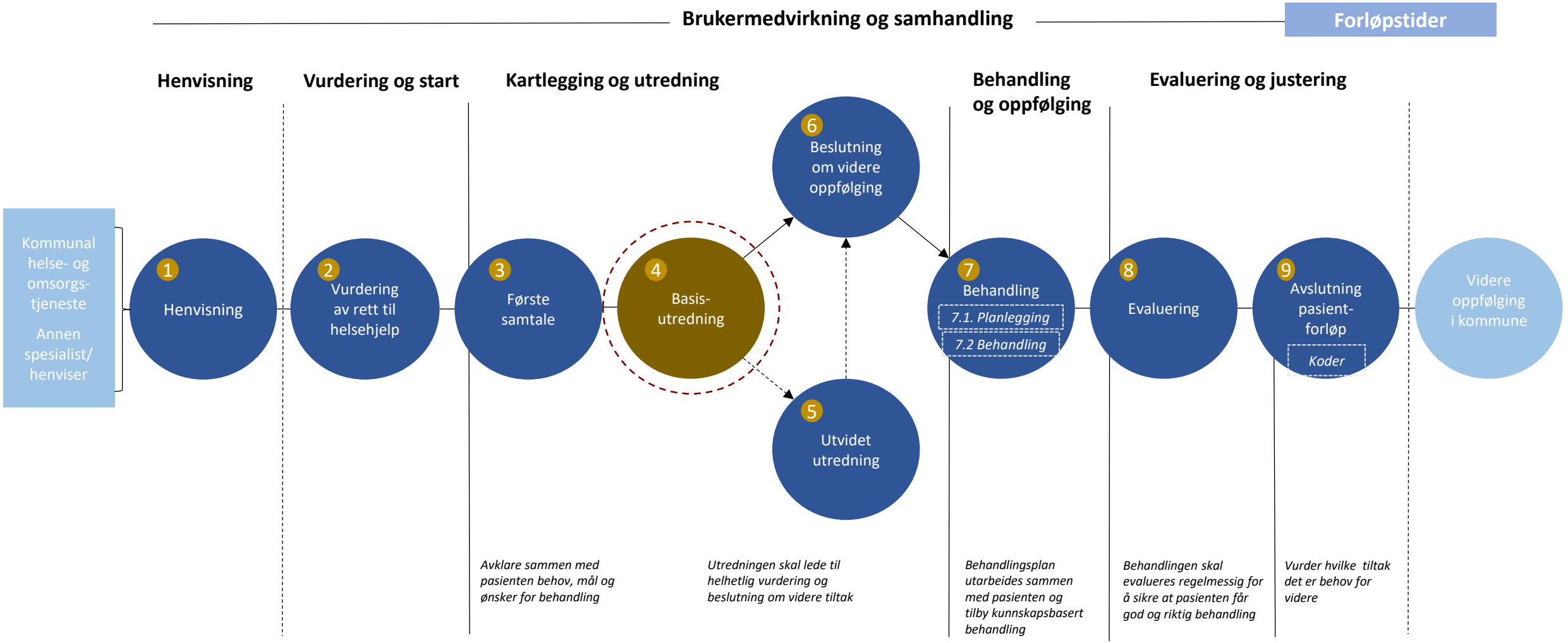
Behov for umiddelbare tiltak, eventuelt behov for kriseplan

- Opplever pasienten pågående vold eller annen type traumatisering? Hvis dette er tilfelle så er traumebehandling kontraindisert ettersom 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).

Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen du ønsker å få mer informasjon om.

Basisutredning



Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basisutredning - generelt

Behandlingsansvarlig tilpasser utredningen til pasientens symptomer, funksjonsnivå og tilstand. Benytt basisutredning for de fleste tilstander. Utvidet utredning kan være aktuelt ved et sammensatt og komplekst symptombilde, mistanke om nevroutviklingsforstyrrelser eller der det faglig kan begrunnes et behov for videre utredning etter basisutredning. Gjør en diagnostisk vurdering før klinisk beslutning om videre oppfølging.

Ved behov, sett inn tiltak og start behandling parallelt med at utredningen pågår. Sørg for at utredningen leder til en helhetlig vurdering og beslutning om videre tiltak.

Basisutredning gjennomføres som hovedregel innen 6 uker (42 kalenderdager) etter første fremmøte. Basis- og utvidet utredning gjennomføres samlet innen 12 uker (84 kalenderdager).

Aktuelle tema/undersøkelser/differensialdiagnostisk vurdering i utredningen: Utredning i spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet

Fra nasjonale pasientforløp: Utredning i spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basisutredning - generelt

- Vurder og dokumenter behov for utvidet utredning ved vurdering av henvisningen, etter første samtale, i løpet av eller ved endt basisutredning.
- Lag i samarbeid med pasienten, en plan for utredning.
- Avklar pasientens og eventuelt pårørendes forventninger til kommunikasjon og samarbeid, samt eventuelle tiltak ved manglende oppmøte.
- Vurder behov for tverrfaglig kompetanse i utredningen. Involver lege- og/eller psykologspesialist i utredning av alvorlige, komplekse og sammensatte tilstander. Gjennomfør tverrfaglig utredning og behandling ut fra pasientens behov.
- Inkluder innhentede opplysninger fra andre tjenester i vurderingen av pasientens psykiske helsetilstand og funksjonsnivå. Fastlegen avklarer som hovedregel somatisk status. Ha lav terskel for å kontakte fastlege og andre instanser for supplerende helseopplysninger eller videre somatisk undersøkelse eller ivaretakelse.

Fra nasjonale pasientforløp: Utredning i spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basisutredning - generelt

- Utred pasienten gjennom samtale og ved bruk av standardiserte kartleggingsverktøy (se Psykisk helse - Helsebiblioteket) med pasienten og/eller pårørende og gjør en klinisk vurdering av pasientens symptombilde og funksjonsnivå basert på dette.
- Bruk standardiserte verktøy for måling av symptomer og/eller funksjon tidlig i forløpet, underveis i tilknytning til evalueringspunkter og før avslutning av det nasjonale pasientforløpet og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.
- Vurder i samarbeid med pasienten, behov for et samarbeidsmøte med pasienten og/eller pårørende, fastlegen og henviseren, koordinator og andre aktuelle samarbeidspartnere, enten etter basisutredning eller etter utvidet utredning.
- Innhent informasjon fra pårørende om pasientens tilstand.
- Ha særlig oppmerksomhet på å ivareta mindreårige barn, inkludert søsken som pårørende og andre pårørende. Samarbeid eventuelt med kommunale tjenester.

Fra nasjonale pasientforløp: Utredning i spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basisutredning – tema som kan være sentrale

Tilpass kartlegging og utredning til den enkelte pasient.

- aktuell situasjon, symptomer og funksjon
- tidligere og nåværende psykiske og somatiske symptomer og lidelser hos pasienten
- bruk av legemidler (tidligere legemiddelbruk, oppdatert legemiddelliste og eventuelle legemiddelallergier)
- bruk av alkohol, vanedannende legemidler og illegale rusmidler, eller annen avhengighet
- ressurser, interesser og mestringsevne
- familieforhold og sosialt nettverk
- psykiske og somatiske sykdommer i familien
- bosituasjon, økonomi
- status for utdanning og arbeid, inkludert tiltak for tilbakevending eller tilrettelegging
- kulturbakgrunn, religion og oppholdsstatus (se Kulturformuleringsintervjuet (sykehuset-innlandet.no))

Fra nasjonale pasientforløp: Utredning i spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basisutredning – tema som kan være sentrale forts.

- fare for selvmord og selvskading (se Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og TSB)
- risikofaktorer for utøvelse av vold (se Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse)
- tidligere og nåværende psykososiale risikofaktorer, belastende livshendelser og traumer
- somatisk helse og levevaner (se Ivaretakelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer)
- identitet, seksualitet og seksuell helse
- helsekrav til førerkort (se Førerkortveilederen)

Vurdering av legemiddelbruk gjøres av lege innen psykisk helsevern i samarbeid med fastlegen.

Ved tegn på samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, se ROP-retningslinjen.

Vurder å inkludere flere elementer i basisutredningen, som innhenting av flere opplysninger fra andre instanser eller utredning av kognitiv funksjon og evner ved behov.

Gjør nødvendige diagnostiske vurderinger for å avklare behov for utvidet utredning.

Fra nasjonale pasientforløp: Utredning i spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basisutredning ved PTSD

Ved mistanke om PTSD i henvisning eller ved første samtale bør basisutredning inkludert traumekartlegging igangsettes. Dette gjøres 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 potensielt traumatiske 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.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basisutredning ved PTSD - kartlegging

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 NKVTS sine anbefalinger for utredning og kartlegging , Kartleggingsverktøy – NKVTS og RVTS sine sider om diagnostisering.
- Noen klinikker benytter kartleggingspakker som kun inneholder ett eller få inngangsspørsmål om traumehendelser, med hensikt å identifisere pasienter som deretter skal kartlegges nærmere. Denne tilnærmingen fungerer ofte dårlig, da slike spørsmål ikke fanger tilstrekkelig opp relevante traumeerfaringer og kan gi misvisende vurderinger av PTSD. Dette gjelder blant annet kortversjoner av MINI. Dersom slike brukes, anbefales å supplere med for eksempel TRAPS.
- Er det voldsrisiko? Noen pasienter med PTSD kan også stå i risiko for å bli utsatt for 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.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basisutredning ved PTSD - kartlegging

Livssituasjon

- Ressurser, interesse og mestringsevne. Har pasienten måter å håndtere 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?

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? Rusbehandling (TSB) - Helsedirektoratet
- Kartlegg om pasienten misbruker reseptbelagte legemidler som benzodiazepiner.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Basisutredning ved PTSD - kartlegging

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.

Legemiddelbruk

- Bruker pasienten legemidler i behandling av angstlidelse, f.eks. benzodiazepiner? Se lenke til nasjonal veileder om bruk av vanedannende legemidler
- 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 noen somatiske sykdommer eller skader som er viktige i vurdering av diagnose?

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

4

Differensialdiagnostisk vurdering ved PTSD

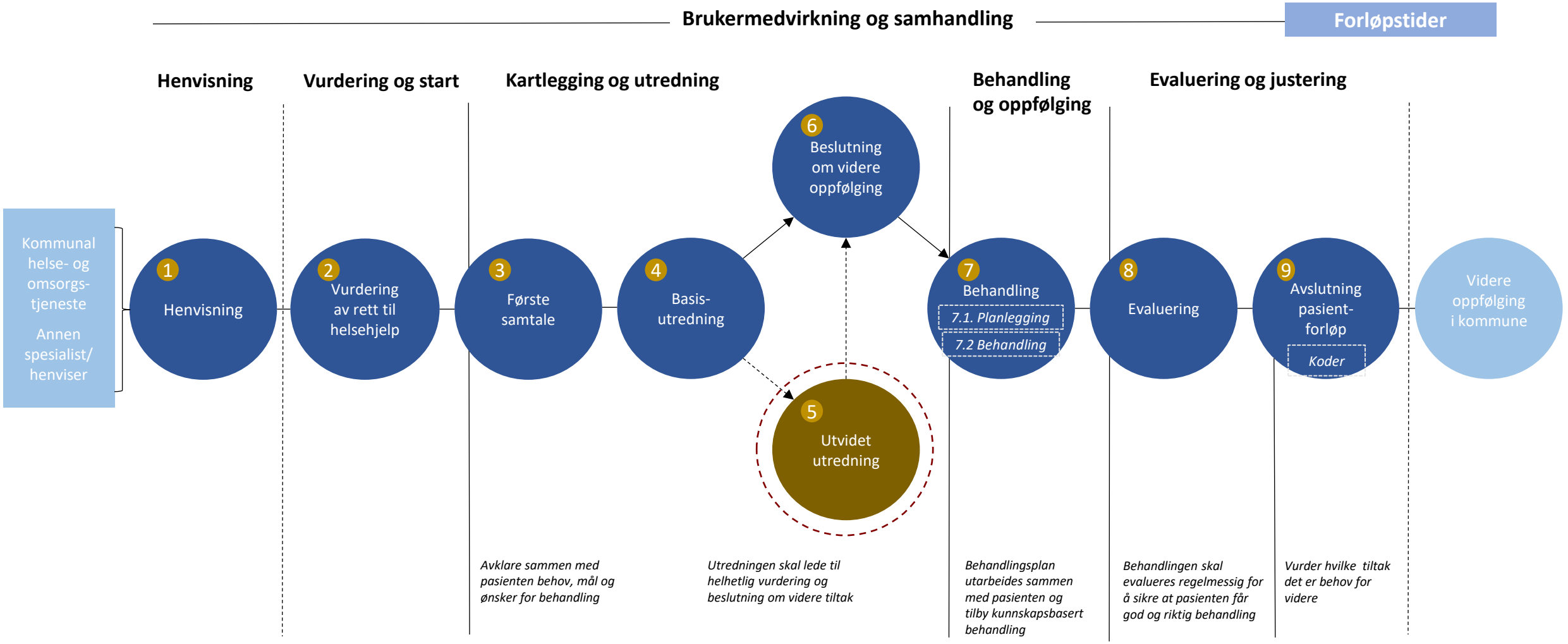
Følgende lidelser har høy komorbiditet med PTSD, og bør vurderes differensialdiagnostikk mot en PTSD-diagnose:

- 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

Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen du ønsker å få mer informasjon om.

Utvidet utredning



Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *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 - generelt

Gjør nødvendige diagnostiske vurderinger for å avklare behov for utvidet utredning.

Utvidet utredning kan være aktuelt ved et sammensatt og komplekst symptombilde, mistanke om nevroutviklingsforstyrrelser eller der det faglig kan begrunnes et behov for videre utredning etter basisutredning.

Nasjonale pasientforløp: Utredning i spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

Gjør en diagnostisk vurdering før klinisk beslutning om videre oppfølging.

Ved behov, sett inn tiltak og start behandling parallelt med at utredningen pågår. Sørg for at utredningen leder til en helhetlig vurdering og beslutning om videre tiltak.

Fra nasjonale pasientforløp: Utredning i spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

5

Utvidet utredning ved PTSD

Avklaring av PTSD–diagnose

- Dersom basisutredning ikke gjør det mulig å konkludere om pasienten tilfredsstiller kriterier for PTSD, bør videre utredning for PTSD (ICD-11 PTSD) eller Kompleks PTSD (ICD-11 CPTSD) gjennomføres. På siden Kartleggingsverktøy – NKVTS finner du flere verktøy for videre utredning, inkludert et semistrukturert intervju for PTSD, 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)
- Benytt standardiserte verktøy for å utrede andre mulige psykiske lidelser (Psykisk helse – Helsebiblioteket)

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

5

Utredning ved PTSD hos ruspasienter

ESTSS har 9 anbefalinger for utredning av samtidig PTSD og rusmiddelproblemer:

Kartlegg begge veier: Kartlegg alltid PTSD hos ruspasienter og kartlegg alltid rus hos PTSD-pasienter

Bruk strukturerte/verifiserte verktøy: Bruk validerte skjemaer for både PTSD og rus med egnet verktøy (Utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser – Nasjonal faglig retningslinje (fullversjon).pdf) .

Detaljert traumehistorie: Type, alvorlighetsgrad, varighet, alder ved traume, og sammenheng med rus.

Detaljert rusmiddelbruk: Type stoff, mengde, frekvens, varighet, abstinenser og skader.

Risikovurdering: Suicid, selvskade, vold, overdose, omsorg for barn, andre sikkerhetsforhold.

Psykososiale forhold og komorbiditet: Fungering i hverdag/arbeid/relasjoner + annen psykisk og somatisk lidelse.

Motivasjon og beredskap: Motivasjon for rusendring og traumebehandling; ambivalens og mål.

Løpende monitorering: Følg PTSD- og SUD-symptomer over tid og juster behandling etter respons.

Tilpass utredning: Tilpass for alder, kognitivt nivå, språk og kultur (tolk ved behov).

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

5

Utvidet utredning ved PTSD

Symptomer og differensialdiagnostiske vurderinger ved mulig Kompleks PTSD (CPTSD)

Det bør gjøres en vurdering av hvorvidt PTSD-diagnosen er i tråd med diagnosen Kompleks PTSD i ICD-11. 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.

Symptomene på KPTSD er de samme som for PTSD, i tillegg til følgende 3 symptomer:

- 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 opprettholde eller inngå i nære forhold til andre

Side 2 på TRAPS-II er basert på The International Trauma Questionnaire (ITQ, Cloitre et al, 2018). ITQ kartlegger både PTSD og Kompleks PTSD ut fra ICD-11.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

5

Utvidet utredning ved 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) - NKVTS
2. SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire) - Helsebiblioteket

Høye skårer, særlig på symptomer relatert til amnesi og identitetsvansker, kan indikere tilstedeværelse av en dissosiativ lidelse. Videre utredning bør foretas av psykolog eller psykiater med opplæring i slike vurderinger. Følgende fagstoff kan være nyttig ressurser for differensialdiagnostiske vurderinger ved dissosiative lidelser:

Differensialdiagnostiske vurderinger ved schizofreni og komplekse dissosiative lidelser

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

5

Utvidet utredning ved PTSD

Ulike traumediagnoser:

Les mer om de ulike traumediagnosene her på Traumebehandling.no:

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Kompleks PTSD

Dissosiative lidelser

Vedvarende personlighetsforandring etter katastrofale livshendelser

Andre traumerelaterte diagnoser og differensialdiagnostikk

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

5

Diagnostisk vurdering

- Drøft diagnostikk i tverrfaglige team hvis pasienten har blitt utredet tverrfaglig.
- Psykolog eller lege har ansvar for diagnostiske vurderinger og vurderer behov for å involvere spesialist i psykiatri eller psykologi. Dette gjelder særlig i vurdering av om pasienten fyller kriterier for alvorlige psykiske lidelser og/eller for flere samtidige lidelser eller tilstander som er enten psykiske, somatiske eller rusrelaterte.

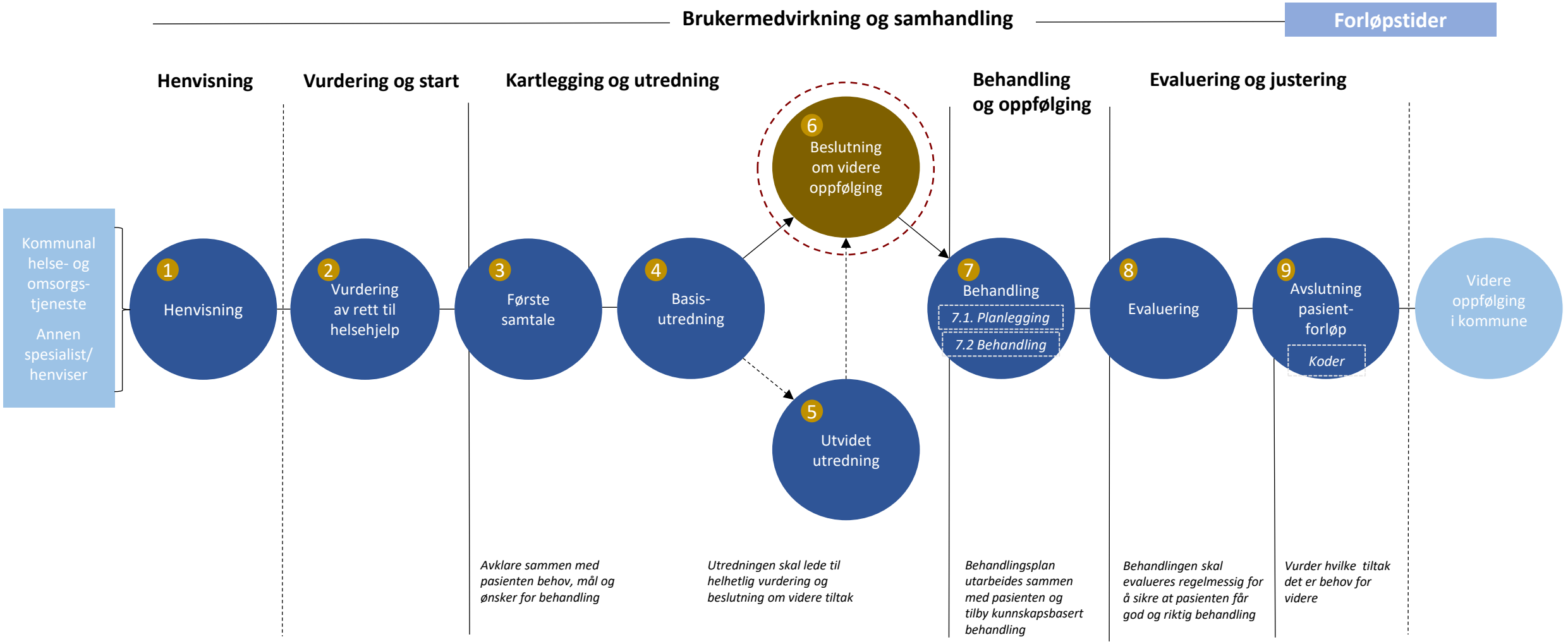
Vurder

- om det foreligger flere samtidige tilstander
- rusmiddelrelaterte tilstander samt bivirkninger av legemidler (se Nasjonalt pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB))
- om symptomer på psykisk lidelse kan skyldes somatisk sykdom eller andre tilstander
- mulige predisponerende, utløsende og opprettholdende faktorer, styrker og beskyttende faktorer, samt hvilke konsekvenser dette har for plan for behandling og tiltak

Fra nasjonale pasientforløp: Utredning i spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen du ønsker å få mer informasjon om.

Klinisk beslutning og planlegging av behandling



Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

6

Beslutning om videre oppfølging - generelt

Behandlingsansvarlig avklarer pasientens behov, mål og ønsker, og sørger for at pasienten medvirker når det skal tas en klinisk beslutning om det er behov for behandling i psykisk helsevern. Beslutningen tas som hovedregel innen 6 uker for basisutredning, og innen 12 uker for basis- og utvidet utredning.

- Legg til rette for at pasienten aktivt involveres i beslutninger angående behandling og oppfølging gjennom samvalg (se Samvalg – du kan være med og bestemme - Helsenorge).
- Beskriv i journal hvordan pasientens ønsker er ivaretatt.
- Drøft med lege eller psykologspesialist ved behov.
- Dokumenter vurderingen i journal på en måte som gir grunnlag for den videre oppfølgingen.

Ta en klinisk beslutning om det er behov for videre behandling og oppfølging i psykisk helsevern og/eller annen instans, eller om det ikke er behov for videre oppfølging.

Klinisk beslutning kodes: Registrering av hendelser i nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus - Helsedirektoratet

Fra nasjonale pasientforløp: Utredning i spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

6

Vurderinger for videre oppfølging - generelt

Vurder følgende for videre oppfølging:

- Videre tiltak for familie, mindreårige barn som pårørende, mindreårige søsken og andre pårørende
- Informasjon til pårørende om videre tiltak og oppfølging for pasienten
- Tilbakemelding etter utredning med anbefalinger om tiltak og oppfølging til aktuelle samarbeidende instanser
- Koordinerte tjenester som koordinator og individuell plan (se Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator)
- Kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastlege
- Kriseplan
- Tiltak knyttet til somatisk helse og levevaner
- Tiltak knyttet til sosial aktivitet og inkludering, arbeid, lærings- og mestringstilbud
- Samarbeid med koordinator og andre aktører, som skole eller utdanningsinstitusjon, arbeidsliv, NAV, familievern, barnevern
- Iverksettelse av forebyggende tiltak på grunn av utsatthet for vold eller seksuelle overgrep og/eller risiko for seksuallovbrudd, vold eller fare for selvmord

Fra nasjonale pasientforløp: Utredning i spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

6

Beslutning om videre oppfølging - generelt

En utredning skal ende i en av følgende konklusjoner:

1. Behov for behandling innen psykisk helsevern
2. Behov for behandling innen TSB
3. Behov for behandling av annen spesialisthelsetjeneste
4. Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste
5. Behov for oppfølging av andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern m.m.
6. Ikke behov for videre behandling eller oppfølging

Klinisk beslutning kodes: nasjonale pasientforløp: Registrering av hendelser- Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

6

Beslutning om videre oppfølging - generelt

- Start behandling uten unødig opphold ved behov for behandling eller oppfølging innen psykisk helsevern.
- Vurder i samarbeid med pasienten behov for et samarbeidsmøte med pasienten og eventuelt pårørende, henvisende instans og fastlegen og eventuelt andre instanser.
- Avslutt det nasjonale pasientforløpet dersom det ikke er behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. Informer fastlegen og henvisende instans om beslutningen og om det foreligger avtaler for videre oppfølging.
- Informer pasienten om at henvisende instans kan kontaktes for vurdering av behov for ny henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Fra nasjonale pasientforløp: Utredning i spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

6

Beslutning om videre oppfølging ved PTSD

Uavhengig av den kliniske beslutningen er det sentralt at utfallet av utredningen blir kommunisert til pasienten på en lett og 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 vanlige symptomer. Kort psykoedukativ informasjon kan være viktig før behandling igangsettes. Normaliser pasientens opplevelser der det er mulig.
- 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.

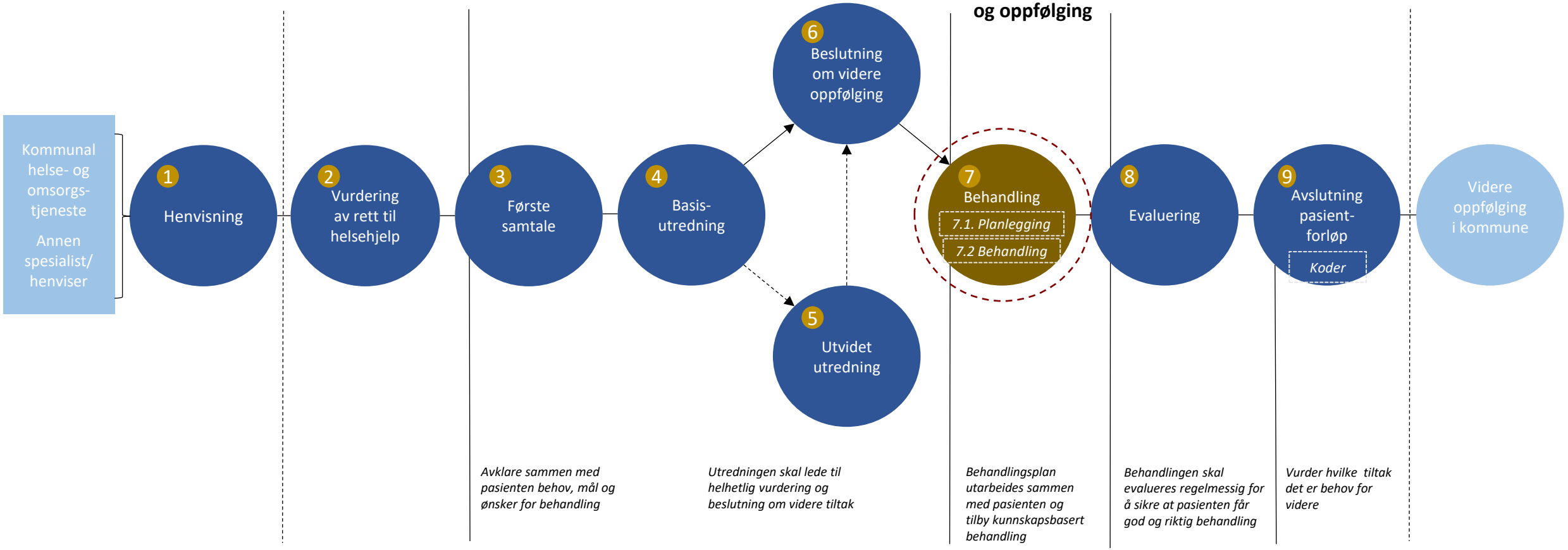
Det er utviklet samvalgsverktøy for PTSD som finnes her: Samvalg – du kan være med og bestemme - Helsenorge.

Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen du ønsker å få mer informasjon om.

Planlegging av behandling

Brukermedvirkning og samhandling — **Forløpstider**

Henvisning | **Vurdering og start** | **Kartlegging og utredning** | **Behandling og oppfølging** | **Evaluering og justering**



Avklare sammen med pasienten behov, mål og ønsker for behandling

Utredningen skal lede til helhetlig vurdering og beslutning om videre tiltak

Behandlingsplan utarbeides sammen med pasienten og tilby kunnskapsbasert behandling

Behandlingen skal evalueres regelmessig for å sikre at pasienten får god og riktig behandling

Vurder hvilke tiltak det er behov for videre

Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7

Behandlingsplan – generelt

Behandlingsplanen bør inneholde følgende:

- Pasientens forventninger og mål for behandlingen
- Behandlingsmål og delmål
- Behandlingstilnærminger og tiltak
- Rammer for behandlingen (hyppighet, varighet, behov for ambulante tjenester)
- Pasientens ansvar for å følge opp behandlingen
- Plan for evaluering av behandlingsplan og tiltak (lenke til evalueringspunkter)
- Eventuelle aktuelle risikosituasjoner for avbrudd av behandling
- Behov for kriseplan
- Eventuell plan for å fortsette i skole, utdanning eller arbeid eller for tilbakevending til skole, utdanning eller arbeid
- Eventuelle tiltak utenfor psykisk helsevern, som bolig, økonomi og meningsfull aktivitet, og hvem som er ansvarlig for de ulike tiltakene (oppgi navn på koordinator dersom pasienten har individuell plan)
- Behov for å involvere aktuelle tjenester og ha samarbeidsmøter (se Veileder om Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne).
- Kriterier for avslutning

Fra nasjonale pasientforløp: Behandling og oppfølging - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7

Individuell plan og koordinator

- Vurder om pasienten har rett til koordinator og individuell plan og informer pasienten (se Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator).
- Meld fra til kommunen eller koordinerende enhet så snart som mulig, dersom pasienten har behov for individuell plan eller koordinator og ønsker oppfølging underveis i forløpet. Innled samarbeid med kommunen om tiltak.
- Inkluder relevante opplysninger fra behandlingsplan og kriseplan i den individuelle planen (IP) i samråd med pasienten.

Fra nasjonale pasientforløp: Behandling og oppfølging - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7

Somatisk helse

1. Avklar behov for somatiske undersøkelser (se Nasjonalt pasientforløp om ivaretakelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer).
2. Samarbeid med fastlegen, kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste dersom det er relevant.

Fra nasjonale pasientforløp: Behandling og oppfølging - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7

Samarbeid med ambulante tjenester og døgntjenester:

1. Vurder om det er behov for behandling og oppfølging i ambulant team, FACT, FACT ung eller andre oppsøkende behandlingsteam dersom pasienten har en alvorlig tilstand og sammensatte behov.
2. Vurder behov for døgninnleggelse i psykisk helsevern i samarbeid med behandlingsansvarlig i poliklinikk, pasienten og eventuelt pårørende.
3. Avklar og journalfør hvordan pasienten skal følges opp i påvente av innleggelse dersom det ikke er kapasitet i døgnenhet.
4. Meld fra til kommunen ved innleggelse i døgninstitusjon. Se Forskrift om utskrivningsklare pasienter (lovdata.no).
5. Etabler et integrert samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende, samt kommune, fylkeskommune og NAV, for pasienter som ønsker bistand til å starte på skole, utdanning eller jobb.

Fra nasjonale pasientforløp: Behandling og oppfølging - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7

Behandlingsplan for PTSD

Utarbeid behandlingsplan sammen med pasienten og eventuelt pårørende. Informer pasienten om ulike behandlingsformer ved enheten og hva behandlingsforløpet vil innebære (Samvalg-velg riktig behandling for posttraumatisk stresslidelse).

Tilby **kunnskapsbasert behandling** og tilpass og avklar behandlingsform- og rammer etter pasientens ønsker og behov (Samvalg – du kan være med og bestemme – Helsenorge).

Opprett eller fortsett samarbeid med relevante instanser og start planlegging av tiden etter avslutning så tidlig som mulig (se også Evaluering av behandling).

Gjør løpende vurderinger og iverksett forebyggende tiltak der det fremkommer økt risiko for vold, voldsutsatthet, selvmord eller overdose. Involver eventuelt pårørende og sørg for at mindreårige barn eller mindreårige søsken blir ivaretatt (se Støttetilbud for barn som pårørende i Pårørendeveilederen).

Fra nasjonale pasientforløp: Behandling og oppfølging – Helsedirektoratet og Samvalg- velg riktig behandling for posttraumatisk stresslidelse

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7

Behandlingsplan for PTSD

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. Antall behandlingstimer 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. Behandlingen kan gis over tid eller intensivt over noen dager.

Behandlingstilnærminger og tiltak

- Det bør spesifiseres hvilken behandlingstilnærming det arbeides ut fra, se behandling av PTSD
- 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

7

Behandlingsplan for PTSD

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.
- 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.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7

Behandlingsplan for PTSD

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

7

Behandlingsplan for PTSD - samvalg

Pasienten har rett til å medvirke i valg om egen behandling. Dette kalles samvalg, og gjøres sammen med utreder eller behandler. Det finnes samvalgsverktøy for PTSD-diagnosen, og dette verktøyet kan være til hjelp i valg av behandling.

Ved samvalg skal pasienten få informasjon om fordeler og ulemper ved ulike alternativer for behandling som tilbys i den offentlige helsetjenesten. Pasienten kan vurdere disse opp mot hverandre ut fra hva som er viktig for pasienten, og velge behandling ut fra ønsker og tilgjengelig behandling på behandlingsstedet.

Les mer på https://tjenester.helsenorge.no/samvalg/ptsd

Les også kronikk om samvalgsverktøyet her: Samvalgsverktøy for posttraumatisk stresslidelse | Tidsskrift for Den norske legeforening

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7

Behandlingsplan – 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
- Kontoret for voldsoffererstatning
- Norges veteranforbund for internasjonale operasjoner
- SIOPS-Skade i internasjonale operasjoner
- Nok Norge

Se mer informasjon om samarbeid med pårørende Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten

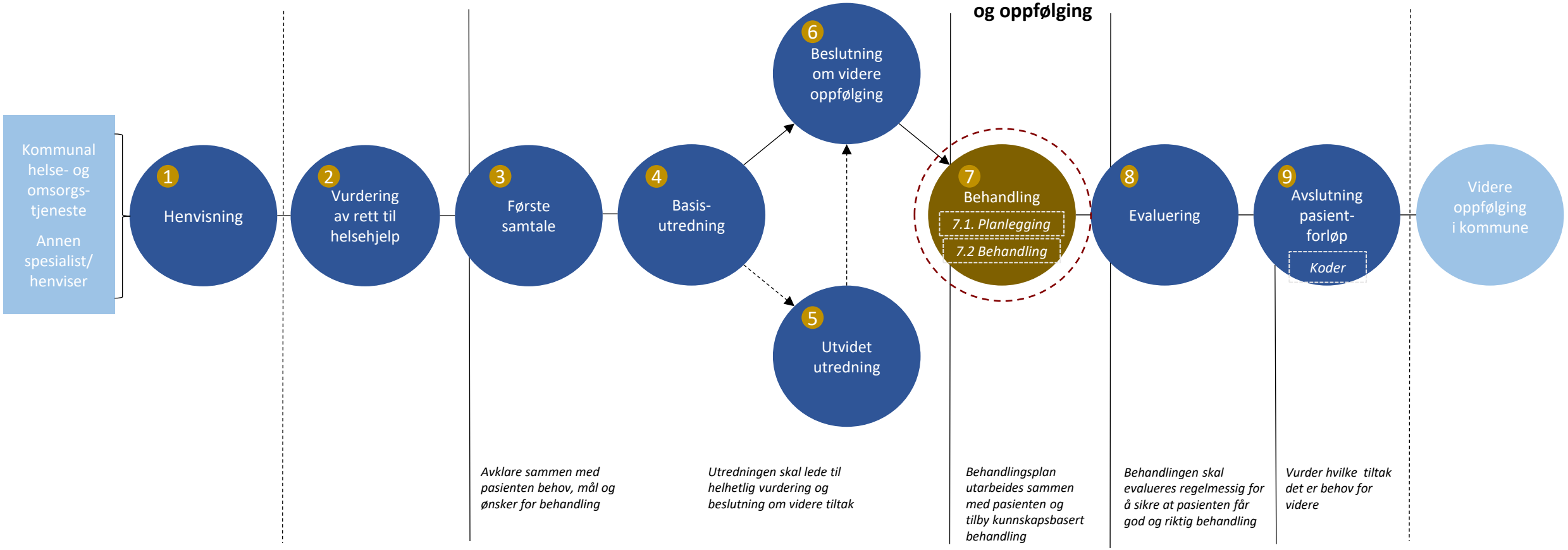
Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen du ønsker å få mer informasjon om.

Behandling

Brukermedvirkning og samhandling

Forløpstider

Henvisning | **Vurdering og start** | **Kartlegging og utredning** | **Behandling og oppfølging** | **Evaluering og justering**



Avklare sammen med pasienten behov, mål og ønsker for behandling

Utredningen skal lede til helhetlig vurdering og beslutning om videre tiltak

Behandlingsplan utarbeides sammen med pasienten og tilby kunnskapsbasert behandling

Behandlingen skal evalueres regelmessig for å sikre at pasienten får god og riktig behandling

Vurder hvilke tiltak det er behov for videre

Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *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 - kunnskapsbaserte føringer
b) Behandling – traumefokusert kognitiv atferdsterapi (CBT)
c) Behandling – kognitive PTSD-manualer
d) Behandling – Eye Movement Desensitization and Reprocessing
e) Behandling – fellesfaktorer i god PTSD-behandling
f) Behandling – Kompleks PTSD
g) Behandling – PTSD og rus
h) Behandling - migrasjon og flukt
i) Behandling – andre behandlingsmetoder og stabilisering
j) Behandling – medikamentell behandling av PTSD
k) Behandling – kontraindikasjoner
l) Behandling – samhandling med andre

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7a

Behandling av PTSD – kunnskapsbaserte føringer

Det er flere internasjonale metaanalyser (Bisson et al., 2013) og retningslinjer for PTSD-behandling (NICE, 2018; WHO 2023; ISTSS 2018, VA/DoD 2023) som oppsummerer forskningen på PTSD-behandling.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) anbefaler følgende:

- Tilby individuell traumefokusert kognitiv atferdsterapi (CBT) eller EMDR.
- Vurder datastøttet/internettassistert traumefokusert CBT for pasienter som foretrekker dette fremfor kontakt med behandler.
- 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.

World Health Organization (WHO) anbefaler følgende:

- Individuell traumefokusert kognitiv atferdsterapi (CBT)
- Gruppebasert traumefokusert CBT
- Digital traumefokusert CBT
- EMDR
- Stresshåndtering

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7a

Behandling av PTSD – kunnskapsbaserte føringer

VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder:
I henhold til denne retningslinjen foreligger en sterk anbefaling om å prioritere individuelle, manualbaserte traumefokuserte psykoterapier – som Cognitive Processing Therapy (CPT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) og Prolonged Exposure (PE) for militære veteraner.

ISTSS (Internaional Society for Traumatic Stress Studies) Prevention and Treatmnet Guidelines

- Førstevalg: traumefokuserte psykoterapier (som TF-CBT, EMDR, kognitiv terapi for PTSD, eksponeringsterapi).
- Medikamenter (f.eks. SSRI) anbefales kun når psykoterapi ikke er tilgjengelig, ikke ønskes, eller ikke har gitt tilstrekkelig effekt.
- For Kompleks PTSD anbefales også traumefokusert behandling, ofte kombinert med arbeid med relasjoner, følelsesregulering og funksjon i hverdagen.

NKVTS anbefaler også kunnskapsbaserte føringer fra denne artikkelen som gir en omfattende oversikt over **psykotraumatologiens utvikling** de siste 15 årene, med fokus på hvordan traumer defineres og behandles. RVTS skriver om om kunnskapsbasert traumebehandling på sine sider Traumebehandling.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7b

Behandling – traumefokusert kognitiv atferdsterapi (CBT)

Individuell traumefokusert kognitiv atferdsterapi (CBT) er en sekkebetegnelse for ulike kognitive behandlingsmanualer. Felles for dem er at de utforsker hvordan tanker, følelser, kropp og atferd henger sammen, og hvordan man kan mestre det som er vanskelig. Behandlingen innebærer å gå konkret inn på det som skjedde før, under og etter de traumatiske hendelsene. Dette kan redusere plagene som de traumatiske opplevelsene forårsaker.

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

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

Fortsetter på neste side

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7b

Behandling – traumefokusert kognitiv atferdsterapi (CBT)

5. Involvere utbrodering og prosessering av traumeminnet/-ene.
6. Inkludere prosessering av traumerelaterte følelser slik som skam, skyld, sorg 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 pasienten på avslutning av behandling.
11. Inkludere planlagte oppfølgingstimer, spesielt tilknyttet hendelser som kan fungere som traumepåminnere.

Du kan lese og høre mer om traumefokusert CBT på Samvalg: Traumefokusert kognitiv adferdsterapi

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7c

Behandling – kognitive PTSD-manualer

Det finnes flere kognitive behandlingsmetoder for PTSD hos voksne som har forskningsstøtte og som tilbys av behandlere i Norge. Dette er ikke en utømmelig liste, og den vil endres ettersom mer forskning gjøres på flere behandlingsformer.

- CT-PTSD Traumefokusert kognitiv adferdsterapi er samtaleterapi som utforsker hvordan tanker, følelser, kropp og atferd henger sammen, og hvordan du kan mestre det som er vanskelig. Behandlingen innebærer å gå konkret inn på det som skjedde før, under og etter de traumatiske hendelsene. Du kan lese/høre mer om CT-PTSD på NKVTS sine nettsider Behandling av PTSD - NKVTS og laste ned brosjyre til pasienter her.
- Forlenget Eksponeringsterapi er en metode 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

7c

Behandling – kognitive PTSD-manualer

- Narrativ Eksponeringsterapi er en behandlingsmetode spesielt utviklet for arbeid med flyktninger, men den benyttes også i behandling av andre pasienter med PTSD. Behandlingen bygger på eksponering og bearbeiding av traumeminner, samt gjenfortelling av en helhetlig livshistorie.
- Kognitiv Prosesseringsterapi 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. 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.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7d

Behandling – EMDR

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) er en traumebehandling som hjelper til med å bearbeide fastlåste traumeminner. Gjennom øyebevegelser, lyd eller berøring stimuleres hjernen til å integrere og lagre minnene på en bedre måte. Dette kan redusere plagene knyttet til traumene.

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 terapitimer, men kan utvides ved behandling av kompleks traumehistorie (f.eks. 20 timer).
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.

Fortsetter på neste side

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7d

Behandling – EMDR

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.

Her kan du lese og høre mer om EMDR på Samvalg: EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) og på NKVTS sine sider Behandling av PTSD - NKVTS.

Her kan du laste ned EMDR-brosjyre som du kan gi til pasienter.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7e

Behandling – fellesfaktorer i god PTSD-behandling

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

God utredning
Behandlingen bør bygge på en god utredning hvor det blir kartlagt hva slags traumatiske hendelser pasienten har opplevd og hva slags plager denne har. Det anbefales å bruke standardiserte diagnostiske intervju 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.

God relasjon og arbeidsallianse
Behandler og pasient må sammen jobbe for å få en god og trygg relasjon, noe som gjør det mulig å snakke om svært skremmende, skamfulle og overveldende temaer. Det er viktig at behandler viser en ikke-dømmende holdning, fremviser empati og er ivaretakende overfor pasienten. 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

7e

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. Les mer på traumebehandling.no og RVTS.

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. De fleste evidensstøttede terapiformer for PTSD vektlegger en eller annen form for eksponering for traumeminnene.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7e

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 forstår 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 frykt, eller følelser som skam, skyld, sorg eller tristhet.

Hukommelse
Hukommelse 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 sammenhengende traumenarrativ et sentralt mål i alle terapiformer.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7f

Behandling – Kompleks PTSD

Kunnskapsgrunnlaget for behandling av Kompleks PTSD er mindre enn for PTSD. Forskning ved NKVTS 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, 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 samtidige 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 symptomer som gjenstår etter behandling 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, og ikke en egen fase eller forberedelse. Det bør imidlertid planlegges noe lengre forløp ved komplekse tilstander, både med fokus på 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 symptomer som gjenstår 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 av PTSD og rus

ESTSS har 21 anbefalinger for behandling av samtidig PTSD og rusmiddelproblemer. Her er noen av dem:

Rusmiddelproblemer er ikke eksklusjonsgrunn: Rusbruk alene skal ikke hindre tilgang til evidensbasert traumebehandling.

Integrert/kombinert behandling foretrekkes: PTSD og rusmiddelproblemer bør behandles parallelt og koordinert når det er mulig.

Tverrfaglig samhandling: Samordne psykoterapi, rusbehandling, medisinering og sosiale tiltak.

Individuell behandlingsplan: Plan med klare mål for både PTSD og rusmiddelproblemer, tilpasset pasientens situasjon.

Mål og måling av effekt: Definer mål (symptomer, rusbruk, fungering) og hvordan de måles.

Koordiner medikamentell behandling og terapi: Medisiner rettet mot rusmiddelproblemer og annen psykofarmaka må spille på lag med terapien.

Reduser praktiske barrierer: Fleksible timer, lavterskel-tilbud, evt. digitale løsninger.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7g

Behandling av PTSD og rus forts.

Brukermedvirkning: Involver pasienten i valg av fokus, tempo og metode.

Ta hensyn til preferanse for integrert behandling: De fleste pasienter foretrekker integrert behandling.

Integrert behandling har fordeler: Samtidig behandling av PTSD og rusmiddelproblemer gir reduksjon av PTSD symptomer og rusproblemer.

Kort stabiliserende fase: 3–6 sesjoner med psykoedukasjon og symptomhåndtering – men ikke utsett bearbeiding av traumeminner unødvendig.

Ikke krav om full abstinens: Start samtidig behandling av PTSD og rusbehandling uten å vente på total rusfrihet, men sikre at pasienten kan håndtere behandlingsstress uten vedvarende, behandlingsforstyrrende rus.

Øk intensitet ved kompleksitet: Flere/ lengre timer ved omfattende traumer, alvorlig komorbiditet og ustabile levekår.

Jobb aktivt mot frafall: Bruk strukturer, allianse, fleksibilitet

Systematisk implementering og kvalitetsarbeid: Implementer integrerte modeller, mål systematisk utfall og bidra til videre forskning, spesielt for underutforskede grupper.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7h

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

7i

Behandling – andre behandlingsmetoder og stabilisering

Det finnes også flere andre typer behandling for PTSD som tilbys i psykisk helsevern. Dette kan være stabiliseringsgrupper (eks. «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 forskning på stabiliseringrupper. En norsk studie som så på av effekten av stabiliseringsgrupper, kunne ikke finne effekt av gruppebehandlingen på PTSD-symptomene. En annen norsk studie har undersøkt effekt av stabilisering, fase-orientert behandling og traumefokusert eksponeringsterapi. Denne studien viser best effekt av traumefokusert eksponeringsterapi for pasienter med Kompleks PTSD og barndomstraumer.

Det betyr imidlertid ikke at andre behandlingsformer ikke kan være nyttige og de kan være verdt å forsøke *dersom* de forskningsbaserte metodene ikke har gitt ønsket utbytte, eller pasienten ønsker denne typen behandling. Pasienten bør imidlertid få tilbud om kunnskapsbasert behandling for PTSD først.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7j

Behandling – legemiddel behandling av PTSD

NEL - Norsk Elektronisk Legehåndbok sier følgende om legemiddel behandling av PTSD:

Medikamentell behandling **frarådes for å forebygge utvikling av PTSD**, inkludert benzodiazepiner

Medikamentell behandling **anbefales ikke som erstatning for kunnskapsbasert traumebehandling**

- Medikamentell behandling med SSRI og venlafaxine kan være aktuelt for pasienter med PTSD som ikke vil eller kan delta i annen behandling. Behandlingen må følges opp regelmessig.
- For veiledning om forsvarlig forskrivning av antidepressiva, se NICE information on prescribing medicines

Antipsykotisk medisin, som risperidon, kan vurderes for pasienter med PTSD hvis:

- Pasienten har invalidiserende symptomer og atferd, som psykotiske symptomer, og symptomene ikke responderer på annen medikamentell eller psykologisk behandling[18]
- Antipsykotisk behandling skal skrives ut og følges opp av spesialist (se Recommendations | Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management | Guidance | NICE).

NICE sine retningslinjer understreker at medisinsk behandling med venflafaxine eller SSRI kan være et alternativ kun hvis pasienten har en preferanse for medisinsk behandling.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7k

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)
- En artikkel viser at PTSD-symptomer bedret seg uavhengig av pågående rusbruk under eksponeringsbasert PTSD- og rusbehandling, og at avbrudd i behandlingen ikke var knyttet til rusbruk.

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

7I

Behandling – samhandling

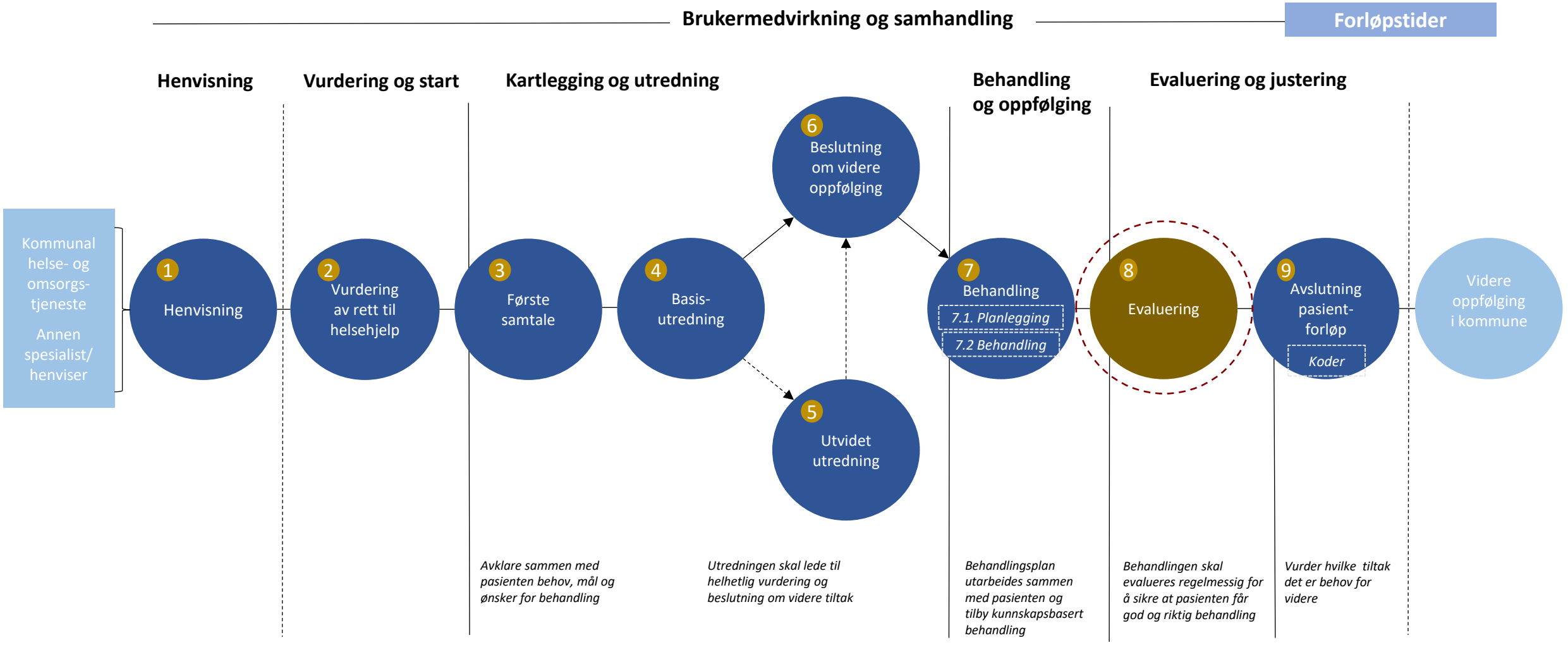
- Vurder om det er behov for behandling og oppfølging i ambulant team, FACT, FACT ung eller andre oppsøkende behandlingsteam dersom pasienten har en alvorlig tilstand og sammensatte behov.
- Vurder behov for døgninnleggelse i psykisk helsevern i samarbeid med behandlingsansvarlig i poliklinikk, pasienten og eventuelt pårørende.
- Avklar og journalfør hvordan pasienten skal følges opp i påvente av innleggelse, dersom det ikke er kapasitet i døgnenhet.
- Meld fra til kommunen ved innleggelse i døgninstitusjon. Se Forskrift om utskrivningsklare pasienter (lovdata.no).
- Etabler et integrert samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende, samt kommune, fylkeskommune og NAV, for pasienter som ønsker bistand til å starte på skole, utdanning eller jobb.

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

Fra nasjonale pasientforløp: Behandling og oppfølging – Helsedirektoratet

Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen du ønsker å få mer informasjon om.

Evaluering



Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *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 – generelt

Evaluer behandlingsplanen regelmessig sammen med pasienten og eventuelt andre involverte tjenester og/eller pårørende, slik at behandlingen kan tilpasses individuelt og bli mest mulig virksom. Bruk standardisert verktøy hvor pasienten kan gi tilbakemelding om tilfredshet med behandlingen og om den er virksom. Inkluder som minimum mål på symptomnivå, funksjonsnivå og livskvalitet. Juster behandlingsplanen eller gjennomfør ytterligere utredning etter behov.

Fra nasjonale pasientforløp: Behandling og oppfølging - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

8

Evaluering av behandling – generelt

- Tilpass innholdet og hyppigheten av evalueringen til pasientens tilstand og symptomer og behandlingsformene. Evaluer behandlingen som minimum hver 12. uke (84 kalenderdager).
- Evaluer behandlingen ved overganger mellom enheter og ved avslutning.
- Drøft med lege- eller psykologspesialist ved behov.
- Tilrettelegg for å drøfte evaluering med pasienten før evalueringsmøter med andre instanser.
- Informer fastlegen og henviseren hvis evalueringen fører til større endringer i behandlingsplanen.
- Gi anledning til å bytte behandler dersom pasienten opplever at behandlingsalliansen ikke er hensiktsmessig.
- Innhent alltid samtykke for samarbeid med pårørende og/eller andre instanser (se Pårørendes rettigheter – En oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak).
- Gå gjennom behandlingsplanen og vurder behov for nødvendige endringer sammen med pasienten og evt. pårørende.

Fra nasjonale pasientforløp: Behandling og oppfølging - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

8

Aktuelle evalueringspunkter - generelt

- Endring i tilstand, symptomer, funksjonsnivå og livskvalitet, samt pasientens opplevelse av bedring
- Pasientens og eventuelt pårørendes tilfredshet med behandlingen og om den oppleves nyttig eller oppnår mål eller delmål i behandlingsplanen
- Behandlingseffekt, ved bruk av standardiserte verktøy
- Behov for ytterligere utredning og fornyet kartlegging av fare for selvmord, selvskading, rusmiddelbruk, vold og overgrep
- Behov for oppfølging av barn som pårørende eller mindreårige søsken
- Behov for å involvere pårørende, flere i familien eller andre tjenester
- Eventuelle tiltak for å fortsette i eller tilbakevende til skole, utdanning eller jobb
- Om somatisk og seksuell helse er ivaretatt
- Pasientens opplevelse av hvordan tjenestene i spesialisthelsetjenesten, kommunal rus- og psykisk helsetjeneste, NAV og andre, samarbeider og koordinerer sine tjenester i pasientens forløp
- Legemiddelbehandling inkludert effekt og bivirkninger (se nasjonale faglige råd om legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang)

Fra nasjonale pasientforløp: Behandling og oppfølging - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

8

Måling av symptomer i PTSD-behandling

Følgende liste inkluderer standardiserte kartleggingsskjema for traumerelaterte symptomer. Det kan også være behov for å bruke disse i kombinasjon med andre symptommål (eks. angst, depresjon).

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

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

8

Etterlevelse av behandlingsmetode – fidelitet

I tillegg til pasientens evaluering av behandling er det viktig å vurdere terapeutens etterlevelse, eller fidelitet, til den behandlingsmodellen som benyttes. Fidelitet viser i hvilken grad metoden anvendes i tråd med anbefalingene.

Systematisk vurdering av etterlevelse av behandlingsmetoden er nødvendig for å kunne skille mellom manglende effekt som skyldes behandlingsmodellen, og manglende effekt som følge av at modellen ikke brukes slik den er ment. Tilsvarende kan god behandlingsrespons knyttes til høy grad av fidelitet.

Undersøkelse av etterlevelse av metode er sentralt for god og varig implementering i tjenestene. Grad av etterlevelse til behandlingsmetode vurderes best gjennom lyd- eller videoopptak av terapitimer, forutsatt samtykke fra pasient. Det er et lederansvar å legge til rette for at terapeuter kan evaluere og videreutvikle egen praksis.

Skjema for å måle etterlevelse/fidelitet : CT-PTSD og EMDR

Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen du ønsker å få mer informasjon om.

Avslutning av pasientforløp

Brukermedvirkning og samhandling — **Forløpstider**

Henvisning | **Vurdering og start** | **Kartlegging og utredning** | **Behandling og oppfølging** | **Evaluering og justering**

Kommunal helse- og omsorgs-tjeneste

Annen spesialist/ henviser

1 Henvisning

2 Vurdering av rett til helsehjelp

3 Første samtale

4 Basis-utredning

5 Utvidet utredning

6 Beslutning om videre oppfølging

7 Behandling
7.1. Planlegging
7.2 Behandling

8 Evaluering

9 Avslutning pasient-forløp

Videre oppfølging i kommune

Avklare sammen med pasienten behov, mål og ønsker for behandling

Utredningen skal lede til helhetlig vurdering og beslutning om videre tiltak

Behandlingsplan utarbeides sammen med pasienten og tilby kunnskapsbasert behandling

Behandlingen skal evalueres regelmessig for å sikre at pasienten får god og riktig behandling

Vurder hvilke tiltak det er behov for videre

Trykk her for å gå videre til innholdet i denne seksjonen

Figur 1: *Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.*

NKVTS.NO

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

9

Samhandling før utskrivning - generelt

Planlegg avslutning av nasjonalt pasientforløp i samråd med pasienten, eventuelt pårørende og aktuelle involverte instanser.

- Avklar pasientens behov for videre tiltak og forbered pasienten på perioden etter avslutning.
- Informer om hvilke muligheter for hjelp og støtte som finnes, og planlegg tiltak sammen med pasienten, eventuelt pårørende og andre involverte instanser.
- Avklar behov for tiltak til pårørende, mindreårige barn eller søsken, og informer om hvor de kan få hjelp, støtte og tiltak.
- Opprett kontakt med kontaktperson eller koordinator som er ansvarlig for oppfølgingen av videre tiltak i kommunen dersom det er aktuelt. Hvis pasienten har individuell plan (IP) eller rett til IP, vil denne utgjøre planen for oppfølging fremover. Avhold et avsluttende samarbeidsmøte med involverte instanser ved behov.

Fra nasjonale pasientforløp: Avslutning og videre oppfølging - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

9

Samhandling før utskrivning

- Avklar om pasienten har behov for bistand til bolig, tiltak knyttet til arbeid, skole, utdanning, økonomi og meningsfull aktivitet. Informer kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastlegen, om det er behov.
- Vurder om pasienten kan ha nytte av tiltak i regi av frivillige, bruker- og pårørendeorganisasjoner eller likepersonstiltak, og oppgi kontaktinformasjon til disse.
- Informer pasienten og eventuelt pårørende om hvor de kan henvende seg ved fornyet behov for vurdering av utredning og/eller behandling i psykisk helsevern.
- Informer kommunal helse- og omsorgstjeneste og/eller fastlegen om aktuelle vurderinger og eventuelle igangsatte tiltak knyttet til selvmordsfare eller risiko for voldsutøvelse dersom det er relevant (se kapittel 4 i Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og TSB og Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse).

Fra nasjonale pasientforløp: Avslutning og videre oppfølging - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

9

Avsluttende samtale

Evaluer behandlingen sammen med pasienten og eventuelt pårørende i en avsluttende samtale. Inviter pasienten og eventuelt pårørende til å beskrive sine erfaringer og si sin mening om behandlingen og hvordan de har opplevd tilbudet. Bruk i tillegg standardisert verktøy hvor pasient og eventuelt pårørende kan gi tilbakemelding om tilfredshet med behandlingen og om den har vært virksom.

Se neste side for viktige punkter.

Fra Nasjonale pasientforløp: Avslutning og videre oppfølging - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

9

Avsluttende samtale

- Gjennomgå kriseplan dersom det er opprettet.
- Gjennomgå plan og ansvar for videre tiltak, inkludert plan for ivaretakelse av somatisk helse ved behov.
- Informer om aktuelle avtaler, henvisninger og søknader og gi kontaktinformasjon til de aktuelle tjenestestedene.
- Gjennomgå oppdatert legemiddelliste og gi informasjon samt opplæring i ny legemiddelbehandling om det er aktuelt.
- Vurder sykemelding ved behov.
- Gi kontaktinformasjon til relevante bruker- og pårørendeorganisasjoner (helsenorge.no) til pasienten og eventuelt pårørende dersom de ønsker det.
- Avslutt det nasjonale pasientforløpet og send epikrise til fastlegen og henviser.

Fra nasjonale pasientforløp: Avslutning og videre oppfølging - Helsedirektoratet

Trykk her for å komme tilbake til hovedsiden

Koder

Se: Kodeveileder – nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus.

Kodeveilederen er oppdatert i tråd med forenklingene i de nasjonale pasientforløpene. Omfanget av data som skal rapporteres er betydelig redusert. Fra 1. januar 2025 er det gitt midlertidig fritak for rapportering av forløpskoder. Det gir helseforetakene tid til å tilpasse seg den forenklede kodeveilederen. Rapporteringen skal være på plass igjen fra 16.05.2026. Les mer i artikkel om forenkling av registrering og rapportering i forløpene og videreutvikling av forløpene.

Koder

Hendelse: Kode	Hendelse: Beskrivelse	Utfall: Kode	Utfall: Kodetekst
A	Nasjonalt pasientforløp start		
M	Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp		
C	Klinisk beslutning	P	Behov for behandling innen psykisk helsevern
		T	Behov for behandling innen TSB
		S	Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke Psykisk helsevern eller TSB)
		K	Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste
		A	Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbiedsgiver, skole, barnevern mm.
		I	Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging
E	Evalueringspunkt		
U	Utført aktivitet	U	Pasient og/eller foreldre og evt. pårørende er involvert i utarbeidelse av behandlingsplan
X	Avslutning av nasjonalt pasientforløp	M	Avbrudd fordi pasienten ikke har møtt
		P	Avbrudd etter pasientens/foresattes eget ønske
		G	Avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp
		A	Avslutning av andre årsaker
		L	Skal ikke i nasjonalt pasientforløp
		N	Overført til annet nasjonalt pasientforløp for psykisk helse eller rus
		O	Overført til annet helseforetak/privat behandlingssted for videreføring av pågående nasjonalt pasientforløp
		S	Overført til avtalespesialist for ferdigbehandling og avslutning av nasjonalt pasientforløp