

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2024-09-19

Innehållsansvar: Mathilda Ben Salem, (matbe23), Psykolog, leg.

Giltig till: 2026-08-23

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

PTSD – posttraumatiskt stressyndrom & ASD - akut stressyndrom (vuxna)

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören (SSN 2024-00123) giltig till 2026-08-23.

Utarbetad av Regionalt processteam ångestsyndrom i samarbete med Samordningsråd Vuxenpsykiatri och Samordningsråd Primärvård, samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa

Innehåll

Syfte	2
Huvudbudskap	2
Vårdsnivå och samverkan	2
Bakgrund.....	3
Indikatorer och målvärden	4
Förändringar sedan föregående version	4
Utredning	5
Behandling	5
Läkemedel.....	7
Remissrutiner	7
Sjukskrivning	7
Klinisk uppföljning	7
Patientmedverkan och kommunikation	7
För vårdgivare.....	8

Syfte

Att skapa förutsättningar för en god och jämlik vård för personer med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och akut stressyndrom (ASD) i hela Västra Götalandsregionen.

Huvudbudskap

- Posttraumatiskt stressyndrom är ett tillstånd med hög samsjuklighet psykiatriskt och somatiskt, samt medför en ökad risk för suicid.
- Traumafokuserad psykoterapi erbjuds som primärt behandlingsalternativ för alla patienter med PTSD-diagnos.
- Obehandlad PTSD kan leda till långvarig funktionsnedsättning och omfattande vårdbehov.
- Upplevelser av potentiellt traumatiska händelser innebär inte per automatik utveckling av ASD eller PTSD

Vårdnivå och samverkan

Primärvård

- Primärvårdens uppgift är att identifiera, diagnostisera, behandla tillstånden och vid behov erbjuda patienten remiss till specialistnivå.
- Traumafokuserad psykoterapi erbjuds som primärt behandlingsalternativ vid PTSD.
- Primärvården identifierar och behandlar somatisk samsjuklighet.
- Farmakologisk behandling tillhandahålls vid behov.
- Alla behandlingsinsatser utvärderas kontinuerligt.
- Vid utebliven eller otillräcklig effekt av adekvat behandling, eller vid omfattande symtom som påverkar funktionsnivån i hög utsträckning, t.ex. höjd suicidrisk, svåra depressiva symtom eller dissociation, kan patienten behöva remitteras till specialistpsykiatri.
- Patienter med PTSD efter krigs- och tortyrtrauman kan erbjudas remiss till specialistmottagning för krigs- och tortyrskadade.
- Patienter med kroniska tillstånd som bedömts inom specialiserad vård, och inte har förbättrats efter adekvata behandlingsförsök kan efter samråd erbjudas fortsatt uppföljning inom primärvården. Då läggs fokus på bibehållande av funktionsnivå, vid behov i samverkan med kommunala insatser inom ramen för [SIP](#).

Specialistvård

- Specialistpsykiatri ansvarar för bedömning och behandling av patienter med PTSD med svår eller komplicerad symtombild, låg funktionsförmåga och/eller psykiatrisk samsjuklighet. Organiseringen av PTSD-vården ser olika ut inom de olika sjukhusförvaltningarna, och subspecialiserade mottagningar PTSD finns inom [NU-sjukvården](#), [SÄS](#) och [SU](#).
- Specialistpsykiatri ansvarar för integrerad samtidig behandling vid PTSD och substansberoende.
Patienter med stabilt tillstånd där ytterligare behandlingsinsatser ej bedöms aktuellt, men kvarstående behov av uppföljning föreligger, kan i samråd återremitteras till primärvården.
Patienter med behov av samverkan med kommunala insatser, SIP, ska ha initierats innan

återremiss.

Specialistmottagningar för krigs- och tortyrskadade

- [Kris- och Traumamottagning i Göteborg](#). Mottagning med regionalt behandlingsuppdrag för personer över 18 år som utvecklat PTSD och/eller annan psykisk ohälsa pga av krig och tortyr.
- Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i [Göteborg](#) och i [Skövde](#), med filial i Vänersborg. Målgrupp är personer bosatta i Västra Götalandsregionen med migrantbakgrund oavsett legal status, som lider av psykisk ohälsa till följd av krig, tortyr och svåra flyktupplevelser.

Bakgrund

Majoriteten av de som varit med om en traumatisk händelse utvecklar inte PTSD.

Posttraumatiska reaktioner kan uppkomma efter enstaka tydligt avgränsade händelser, multipla trauman eller efter långvarig interpersonell traumatisering. Livstidsprevalensen för PTSD beräknas till drygt 5 procent i Sverige. PTSD är dock inte det enda tillstånd som kan följa på potentiella traumatiska upplevelser. Vanliga tillstånd som kan utvecklas efter en sådan upplevelse är till exempel depression, olika typer av ångestsyndrom och psykos.

Faktorer som kan öka risken för att utveckla PTSD kan delas upp i faktorer som inträffar före, under och efter den traumatiska händelsen. Exempelvis individens tidigare trauman, psykisk ohälsa, grad av socioekonomisk utsatthet, traumats karaktär, samt förlust i samband med traumat.

Bland flyktingar och asylsökande är PTSD, depression och ångest vanligt förekommande tillstånd. Mer än en tredjedel lider av psykisk ohälsa, ofta till följd av traumatiska upplevelser. Symtomen på PTSD förstärks ofta av asyl- och exilproblematik s.k. migrationsrelaterad stress.

Diagnos och klassifikation

Diagnoskriterier utifrån DSM-5 med klassifikation enligt ICD-10

F43.0 (DSM-5: 308.3) Akut stressyndrom (ASD)

F43.1 (DSM-5: 309.81) Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Komplex PTSD

Komplext posttraumatiskt stressyndrom har använts som begrepp inom psykotraumatologin under lång tid, som ett försök att beskriva symtom som innebär ett allvarligare tillstånd än PTSD. Förutom att uppfylla grundkriterierna för PTSD så innebär symtomen vid komplex PTSD en påverkan på personens förmåga till affektreglering, personens självbild, samt förmågan till interpersonella relationer på ett negativt sätt. Risken för att utveckla komplex PTSD är förhöjd efter vissa typer av potentiella traumatiserande händelser, så som interpersonella-, utdragna- och upprepade trauman, inklusive krig och tortyr.

Komplex PTSD beskriver inte upplevelsen/händelsen utan patientens symtombild. Tillståndet kan förekomma hos personer efter till synes mindre allvarliga och enstaka händelser, medan det finns många människor som erfar mycket svåra händelser som endast utvecklar mindre omfattande symtom.

Komplex PTSD ingår i ICD 11 som planeras att översättas och införas i Sverige under 2024, med diagnoskod och tydliga kriterier för tillståndet.

Differentialdiagnostik

Upplevelser av potentiellt traumatiska händelser innebär inte per automatisk utveckling av ASD eller PTSD. Noggrann differentialdiagnostisk utredning är avgörande för att möjliggöra adekvat behandlingsinsats. Vanliga differentialdiagnostiska tillstånd är:

- Anpassningsstörning - försvårad eller fördröjd anpassning till förändrade livsomständigheter eller en belastande livssituation.
- Stressymtom, t ex hjärtklappning, orolig mage och sömnstörning.
- Depression, t ex omfattande grubblerier.
- Ångesttillstånd, t ex GAD med stark förväntansoro eller Agorafobi.
- Psykos, då upplevelser av traumatisk karaktär är vanlig bland psykospatienter.
- Traumatiska hjärnskador kan ge symtom som påminner om PTSD
- Personlighetssyndrom, t ex affektlabilitet
- Dissociativa syndrom

Samsjuklighet

Samsjuklighet är vanligt bland patienter med PTSD, där patienter med PTSD har en psykiatrisk grundproblematik, så som neuropsykiatriska tillstånd eller personlighetsproblematik, eller där ett annat tillstånd utvecklas sekundärt, t ex depression eller beroendeproblematik. Samsjuklighet bör beaktas vid utredning och val av behandling, och påverkar patientens funktionsnivå. Identifiera eventuell PTSD för behandling och behandla övrig samsjuklighet och stressrelaterade ohälsa på sedvanligt sätt på adekvat vårdnivå. I gruppen asylsökande och flyktingar är det särskilt viktigt att undersöka och främja stabiliserande och stödjande faktorer i patientens vardag och etablering; psykosocialt stöd har visats bidra till minskning av PTSD-symtom.

Indikatorer och målvärden

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

- Andel personer med PTSD (F43.1) som huvuddiagnos som står på bensodiazepinpreparat.
- Andel personer med PTSD (F43.1) som huvuddiagnos som får behandling med traumaspecifik behandling med traumafokuserad KBT(UV121) respektive EMDR (DU014).

Förändringar sedan föregående version

Riktlinjen omfattar Akut Stressyndrom (ASD). Riktlinjen är uppdaterad efter ny forskning och rekommenderar traumafokuserad psykologisk behandling vid ASD. Information ges angående begreppet komplex PTSD, men ej riktlinjer för utredning eller behandling, då diagnoskod och tydliga kriterier för tillståndet saknas. Läkemedelsdelen, liksom information om differentialdiagnostik och samsjuklighet har förtydligats. Traumafokuserade psykologiska behandlingsmetoder namnges ej, utan länk finns till vård och insatsprogram. Specialistvårdens organisering av subspecialiserade mottagningar och specialistmottagningar för krigs- och

tortyrskadade har tydliggjorts. Åtgärdskod UV120 tas bort, liksom indikator (F43.1) + UV120. Riktlinjen är inlagd i en ny mall och länkar har uppdaterats.

Utredning

Fråga patienten om potentiellt traumatiska händelser, då patienter inte alltid berättar om sådana erfarenheter spontant, exempelvis: “Har du upplevt någon svår traumatisk händelse som fortfarande plågar dig i form av hemska minnesbilder, flashbacks eller mardrömmar?”

I diagnostiken igår:

- Kompletterande anamnes och klinisk bedömning genom samtal och skattningsskalor*, samt vid behov eventuellt stöd av ett strukturerat instrument, till exempel MINI
- [Somatisk undersökning och provtagning](#), för att utesluta somatiska orsaker till symtombilden.
- [Suicidriskbedömning](#)
- Särskild vikt läggs vid differentialdiagnostik och möjlig samsjuklighet, t ex säkerställ att de presenterade symptomen är kopplade till den beskrivna händelsen.
- Substansbruk och screening med AUDIT/DUDIT.
- Social kartläggning avseende behov av insatser och stöd bör ingå i bedömningen då det är faktorer som är av betydelse för behandling. Fråga specifikt om hot och våld, och [barn som anhörig](#).

*För bedömning av symtombelastning:

- [Posttraumatisk Stress Disorder Checklist](#) (PCL-5)
- [Impact of Event Scale-Revised](#) (IES-R)

Fördjupad utredning vid behov

- [Kliniker-administrerad PTSD-skala för DSM-5](#) (CAPS-5)
- Dissociative Experience Scale II (DES-II)
- Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20), (SDQ-5 brief version)

Behandling

Initiala stressreaktioner efter potentiellt traumatiska händelser är vanliga och behöver oftast inte behandlas inom sjukvård. Det viktigaste i detta skede är att säkerställa att individen inte längre riskerar att vara föremål för risk eller fara. Vid behov erbjuds information och stöd för hälsobefrämjande beteenden och aktiviteter Råd till dig som varit med om en allvarlig händelse - 1177. Uppföljning av skeendet och ev kartläggning av riskfaktorer för att utveckla PTSD rekommenderas, då posttraumatiskt stressyndrom kan debutera efter en tid hos vissa individer.

Debriefing som förebyggande åtgärd är icke-göra då det hos vissa individer kan öka risken för utvecklande av PTSD.

ASD

Om personen uppfyller kriterierna för diagnosen akut stressyndrom kan traumafokuserad behandling erbjudas enligt samma prioritet som för PTSD, för de patienter som inte spontan förbättras enligt förväntan.

PTSD

Behandling vid PTSD ska vara personcentrerad och utgå ifrån principen för stegvis vård. Val av insats görs utifrån symtomens svårighetsgrad, påverkan på funktionsnivå och närvaro av riskfaktorer. Patientens behov av psykosocialt stöd bör beaktas för att öka förutsättningar för önskade resultat.

Vid lindrig påverkan, där funktionsnivån endast är lite påverkad kan ibland psykoedukation och guidad självhjälp vara tillräckligt. Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD - 1177

Traumafokuserad psykologisk behandling är förstahandsval vid PTSD oavsett komplexitet, och kännetecknas av att behandlingen innehåller inslag av exponering för den traumatiska upplevelsen som utlöst patientens symtom.

När risk för avhopp bedöms som hög, kan den traumafokuserade behandlingen behöva föregås av mer omfattande psykopedagogiska och motivationshöjande insatser. För patienter som har svårt att tolerera traumafokuserad behandling kan interventioner riktade mot enstaka symtom prövas, alternativt att byta behandlingsmetod.

Kompletterande behandling till traumafokuserad psykoterapi kan vid behov ges i form av:

- behandling för insomni, ångestsyndrom och stressrelaterad psykisk ohälsa
- psykosociala insatser
- kroppsbaserade behandlingsmetoder, så som anpassad fysisk aktivitet, basal kroppskännedom

Ju högre grad av komplexitet i problematiken, desto större behov av multidisciplinära insatser föreligger vanligen. Detta kan innefatta parallella behandlingar med psykoterapi, läkemedel och fysioterapi.

PTSD och beroendeproblematik

När beroendeproblematik förekommer tillsammans med PTSD skall båda tillstånden behandlas samtidigt för bästa effekt. Behandlingen ges om patienten är motiverad att minska sitt bruk av substanser. I första hand används behandlingsmetoden COPE (Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure).

Aktuella KVÅ-koder

DU023 Psykopedagogisk behandling

UV121 Systematisk psykologisk behandling traumafokuserad kognitiv beteendeterapi

DU014 Behandling med EMDR Eye movement desensitization and reprocessin

Läkemedel

Läkemedelsbehandling har begränsad effekt på PTSD. Farmakologisk behandling kan provas om psykoterapeutisk behandling inte är aktuell. I första hand rekommenderas antidepressiva läkemedel med SSRI - Sertralin eller Paroxetin, eller i andra hand SNRI - Venlafaxin. Bensodiazepiner bör undvikas, och icke beroendeframkallande preparat kan provas. Sömnmedicin kan användas enligt rekommendation, i undantagsfall kan licenspreparat som Prazosin användas vid mardrömmar i samråd med specialist i psykiatri. Antipsykotiska och stämningsstabiliserande läkemedel kan i undantagsfall användas, men kräver specialistbedömning av psykiater vid insättning.

Samsjuklighet ska behandlas enligt rekommendation för aktuellt tillstånd. Med hänsyn till risk för samsjuklighet med beroendeproblematik vid PTSD bör all beroendeframkallande medicinering (t ex smärtlindring) användas efter noggrant övervägande.

För mer information om läkemedel, var god se [Vård- och insatsprogram för depression och ångestsyndrom](#).

Remissrutiner

[Remiss inom hälso- och sjukvård \(vgregion.se\)](#)

[Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\).pdf \(vgregion.se\)](#)

Sjukskrivning

Försäkringsmedicinska aspekter vid PTSD

[Försäkringsmedicinskt beslutstöd](#) vid PTSD. Symtomens svårighetsgrad och varaktighet är vägledande vid bedömning av sjukskrivning. Arbete kan ha en positiv effekt på symtombilden och sjukskrivning bör i sådana fall undvikas. Vid behov erbjuds kontakt med Rehabkoordinator.

Klinisk uppföljning

Uppföljning och utvärdering av behandling görs, med samma skattningsskalor som initialt, på respektive vårdnivå och mottagning efter avslutad behandling. Sjukdomen kan fluktuera och vid försämring eller återfall bör personen erbjudas snabb förnyad kontakt på relevant vårdnivå.

Patientmedverkan och kommunikation

Familjeperspektivet

Uppmärksamma traumarelaterad ohälsa hos övriga familjemedlemmar och närstående. Tänk på att det kan finnas barn som anhöriga och ge information och stöd enligt [RMR- Barn som anhöriga](#). Ta ställning till orosanmälan enligt [RMR-Barn under 18 år som far illa eller riskerar fara illa](#)

Samverkan

Vid PTSD med sociala och medicinska implikationer bör samordnad individuell plan ([SIP](#)) övervägas för samordnade åtgärder mellan aktuella vårdinstanser och socialtjänst och/eller samverkan med Arbetsförmedling och Försäkringskassa.

Språk och kultur

Psykisk ohälsa och symtom kan uttryckas och tolkas på olika sätt. [Kulturformuleringsintervjun](#) är avsedd att användas som komplement vid diagnostik i mångkulturella vårdmiljöer samt när behandlare och patient har olika sociokulturell bakgrund.

Patientinformation;

[Råd till dig som varit med om en allvarlig händelse - 1177](#)

[Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD - 1177](#)

[ÅNGESTFÖRBUNDET ÅSS \(\[angest.se\]\(http://angest.se\)\)](#)

Utbildning och stöd

[Lära och bemästra - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(\[vgregion.se\]\(http://vgregion.se\)\)](#)

För vårdgivare

[Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\).pdf \(\[vgregion.se\]\(http://vgregion.se\)\)](#)

[Regional medicinsk riktlinje Läkemedel Ångestsjukdomar \(\[vgregion.se\]\(http://vgregion.se\)\)](#)

[Nationella vård- och insatsprogram \(\[vardochinsats.se\]\(http://vardochinsats.se\)\)](#)

Innehållsansvarig

Regionalt processteam ångestsyndrom med uppdrag från Samordningsråd vuxenpsykiatri och primärvård med ansvar för regional kunskapsstyrning, samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa kunskapsstod.psykiskhalsa@vgregion.se

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Mathilda Ben Salem, (matbe23), Psykolog,leg.

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-714

Version: 3.0

Giltig från: 2024-09-19

Giltig till: 2026-08-23