

Koncept for

# Udredning og behandling af personer med PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)

*- herunder traumatiserede flygtninge og torturoverlevende*

## Forord

Region Syddanmark tog med udarbejdelsen af *"MTV om "behandling og rehabilitering af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge"* i 2008 det første skridt til en videreudvikling af behandlingstilbuddene til personer med følger fra traumer og tortur under krig og forfølgelse.

Målet var at sikre denne patientgruppe et behandlingstilbud af høj faglig kvalitet ud fra den foreliggende evidens, best practice og litteratur på området.

Udrednings- og behandlingskonceptet er udarbejdet på baggrund af MTV-rapporten i et samarbejde mellem de tre behandlingscentre. Konceptet konkretiserer og strukturerer indsatsen over for patienterne med udgangspunkt i anbefalingerne fra MTV-rapporten og den daglige kliniske erfaring fra de regionale behandlingscentre.

Udarbejdelsen af den første udgave af konceptet har involveret ledere og medarbejdere fra behandlingscentrene Rehabiliterings Center for Torturoverlevende og Traumatiserede flygtninge (RCT Fyn), Center for Traume og Torturoverlevende (CETT) i Vejle og den selvejende institution Rehabiliteringscenter for torturofre i Haderslev (RCT-Jylland).

Alle centrene har i større eller mindre grad indarbejdet elementerne fra behandlingskonceptet i den daglige praksis. Primært CETT men også RCT Fyn, har gradvist og i stort omfang tilpasset måden at arbejde på til de principper og anbefalinger, der udspringer af de første udgaver af konceptet. I begge centre er der ydet en stor indsats i arbejdet frem mod den foreliggende version af konceptet. Som en udløber af projektet har CETT udviklet og udarbejdet egentlige udrednings- og behandlingsprogrammer. Programmerne vil blive udgivet af Region Syddanmark og vil være gældende for regionens egne behandlingscentre.

En omfattende og spændende udviklingsproces er dermed gået i gang på dette område. Vi har høstet de første resultater i form af velorganiseret faglighed samt faldende ventetider og ventelister til gavn for patienterne. Indsatsen vil løbende blive fulgt og videreudviklet. Konceptet er dynamisk og tilpasses løbende ny evidens, forskningsresultater og nye erfaringer. Dette koncept vil derfor blive revideret senest med udgangen af 2014.

På dette sted skal der lyde en stor tak til lederne og medarbejderne ved RCT centrene for deres store indsats med skabelsen og implementeringen af dette koncept.

Ole Rytto  
Sygeplejefaglig direktør  
Psykiatrien i Region Syddanmark  
Oktober 2011

## Indhold

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| 1. Indledning.....                                          | 4  |
| 2. Anbefalinger fra MTV-rapport .....                       | 5  |
| 3. Målgruppe og kriterier for optagelse til behandling..... | 6  |
| 4. Mål for udrednings– og behandlingskoncept .....          | 6  |
| 5. Henvisningsprocedure.....                                | 7  |
| 6. Udredning og visitation .....                            | 7  |
| 7. Behandling.....                                          | 8  |
| 8. Samarbejde .....                                         | 10 |
| 9. Dokumentation, kvalitetsudvikling og forskning .....     | 10 |
| 10. Noter og litteratur.....                                | 12 |

# 1. Indledning

Siden behandling af traumatiserede flygtninge kom ind under Sundhedsloven i 2005 har området gennem en årrække været præget af lange ventetider på behandling. Ventetiderne på de tre behandlingscentre i Region Syddanmark varierede ved udgangen af 2008 mellem 1½ og 3 år.

Der blev gennem årene iværksat en række initiativer med det formål at øge behandlingskapaciteten og dermed reducere ventetiderne. Ingen af disse initiativer havde dog tilstrækkelig effekt.

I forbindelse med budget 2008 afsatte Regionsrådet derfor midler til området med henblik på initiativer til reduktion af ventetiderne, en faglig analyse og deraf følgende kvalitetsløft af området.

På den baggrund foranledigede Region Syddanmark udarbejdelse af en medicinsk teknologivurdering (MTV) *"MTV om behandling og rehabilitering af PTSD, herunder traumatiserede flygtninge"*. Målet med MTV'en var at skabe et dokumenteret grundlag for, hvilket behandlingstilbud der burde tilbydes patientgruppen.

Udfordringen har således i en periode været at indpasse anbefalingerne fra MTV-rapporten og nyere viden og erfaring i en mere præcis og målrettet behandlingsindsats. Fjernelse af ventetiderne på udredning og behandling har tillige været et klart prioriteret mål.

Målet med det foreliggende koncept er at sætte fokus på indholdet i det sundhedsfaglige behandlingstilbud, som er centrenes kerneopgave. Derved videreudvikles og systematiseres behandlingen. Konceptet skal samtidigt medvirke til at skabe en fælles faglig og organisatorisk behandlingsprofil for behandlingscentrene.

Konceptet for udredning og behandling koncentrerer indsatsen om:

- Udredning og visitation
- Behandlingstilbud/differentierede behandlingsprogrammer
- Dokumentation og arbejdstilrettelæggelse

Til at understøtte konceptet er der udarbejdet detaljerede programmer for udredning og behandling. Disse er afprøvet og videreudviklet af CETT i Vejle i en pilotfase. Programmerne vil blive udgivet og vil være tilgængelige for alle interesserede.

Behandlingen af traumatiserede flygtninge og torturoverlevende er i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning en specialiseret funktion. For Region Syddanmark varetages regionsfunktionen af de regionale behandlingscentre CETT i Vejle og RCT Fyn i Odense. Herudover har Region Syddanmark en driftsoverenskomst med RCT-Jylland i Haderslev. RCT-Jylland er en selvejende institution med egen bestyrelse.

Nærværende koncept er derudover en integreret del af behandlingsindsatsen i den højt specialiserede funktion for behandling af veteraner med PTSD. I den højt

specialiserede funktion tilpasses udrednings- og behandlingstilbuddet til denne specifikke målgruppe.

## 2. anbefalinger fra MTV-rapport

MTV-rapporten om behandling af personer med PTSD<sup>1</sup> sammenfatter en række undersøgelser og konklusioner i konkrete anbefalinger til den fremtidige praksis. Anbefalingerne omfatter primært traumatiserede flygtninge med kronisk kompleks PTSD.

Det anbefales, at en præcis vurdering af patientens biopsykosociale ressourcer indgår i den samlede vurdering som en forudsætning for den mest effektive behandlingsindsats. Der er evidens for sammenhængen mellem patientens psykosociale ressourcer og udbyttet af en given behandling.

Den biopsykosociale vurdering omfatter beskrivelsen af tilstedeværelse, fravær og grad af PTSD symptomer og de hyppigste komorbide tilstande til PTSD. Vurdering af PTSD symptomerne sker ud fra DSM-IV diagnosekriterierne og ICD-10 kriterierne. Selvoplevede symptomer vurderes ud fra diagnosekriterierne samt resultater fra flere spørgeskemaer, som patienten udfylder under udredningen. For at kunne differentiere, skræddersy og målrette behandlingsindsatsen er det herudover specielt vigtigt med en præcis udredning af patientens relationelle ressourcer.<sup>2</sup>

MTV-rapporten anbefaler således, at der indføres systematiske og differentierede evidensbaserede behandlingstilbud afpasset efter den enkelte patients behov/muligheder. Rapporten opdeler patienterne i tre hovedgrupper afhængig af disses biopsykosociale ressourcer:

Gruppe 1 – patienter med høje biopsykosociale ressourcer

Gruppe 2 – patienter med mellem biopsykosociale ressourcer

Gruppe 3 – patienter med lave biopsykosociale ressourcer

Inddeling af patienterne i grupper har som formål at differentiere og målrette behandlingstilbuddet til den enkeltes behov og ressourcer<sup>3</sup>.

Systematisk organiserede behandlingstilbud har i samtlige kontrollerede kliniske undersøgelser vist sig mere effektive end behandling ud fra behandlerens individuelle præferencer, som tidligere var den generelle praksis, jf. gennemgangen af teknologier og behandlingseffekt.

Et væsentligt element i en systematisk behandlingsindsats er, at personalet sikres faglig udvikling. Det vil sige mulighed for at tilegne sig eksplicit viden gennem litteratur, undervisning, kurser m.v. samt at denne viden løbende omsættes til relationelle færdigheder i behandlingssessionerne.

### 3. Målgruppe og kriterier for optagelse til behandling

Personer med PTSD, kronisk PTSD og kompleks PTSD som hoveddiagnose eventuelt i kombination med en eller flere komorbide bidiagnoser kan henvises.<sup>4</sup> Hyppige komorbide diagnoser er angstlidelser, depression, misbrug, Obsessive Compulsive Disorder (OCD), Borderline personality disorder (BPD) og Antisocial personality disorder (ASPD).

Herudover skal personen have lovligt ophold i Danmark og i et andet land være blevet traumatiseret eller på anden måde alvorligt belastet psykisk, fysisk og/eller socialt som følge af krig, forfølgelse, tortur, fængselsophold eller andre former for organiseret vold og overgreb. Til målgruppen hører også patientens nærmeste familie.

Udover ovenstående inklusionskriterier vil det altid være en klinisk vurdering, hvorvidt den henviste kan profitere af et behandlingstilbud.

### 4. Mål for udrednings – og behandlingskoncept

Udrednings- og behandlingskonceptet for personer med kompleks og/eller kronisk PTSD hviler på de overordnede værdier - respekt, ansvar og faglighed - for Psykiatrien i Region Syddanmark. Målsætningen med konceptet kan sammenfattes i følgende mål:

- Bedst mulig organisering til sikring af tilgængelighed og sammenhængende patientforløb
- Henviste patienter udredes og visiteres til en tværfaglig differentieret behandling, som er systematisk og individuelt tilrettelagt hvilende på velbeskrevne og detaljerede programmer
- At skabe forbedringer i patientens funktionsniveau: Dokumenteret bedring af fysisk, psykisk og relationelt funktionsniveau hos personer med kompleks PTSD m.v. i form af øgede biopsykosociale ressourcer
- At mindske patientens symptomer: Bedring af de subjektivt oplevede symptomer
- Formaliseret og forpligtigende samarbejde med kommune og praktiserende læger gennem hele patientforløbet
- Tilvejebringe løbende monitorering, dataindsamling og kvalitetssikring af udredninger og behandlinger

## 5. Henvisningsprocedure

En hurtig udredning og visitation med henblik på en efterfølgende differentieret og målrettet behandlingsindsats forudsætter, at henvisningen indeholder alle relevante oplysninger.

Ud fra gældende regler kan praktiserende læge eller anden læge henvise til behandlingscentrene. Henvisende læge udfylder det til enhver tid foreliggende henvisningsskema, som findes på VisInfoSyd.

## 6. Udredning og visitation

Udredningsforløbet er helt centralt, idet den systematiske udredning og vurdering af patienten er det helt afgørende grundlag for at tilrettelægge en differentieret, relevant og effektiv behandling.

Udredningsforløbet omfatter udredning af symptomer samt en afdækning af traumebaggrund, det sociale, psykiske og fysiske funktionsniveau samt ressourcer, betegnet biopsykosociale ressourcer. Vurderingen af symptomer foretages ud fra kliniske interview med patienten over flere seancer. Til vurdering af de biopsykosociale ressourcer anvendes flere test, som beskrives nærmere i afsnit 9, side 10.

Resultaterne fra de forskellige elementer i udredningen sammenfattes og danner baggrund for indplacering af patienterne i de tre grupper – patienter med høje-, mellem- eller lave biopsykosociale ressourcer samt udredning af patienternes relationsmønstre.

Indplaceringen i grupper er udtryk for et øjebliksbillede af patientens tilstand.

Efter endt udredning er det centrets visitationsmyndighed, som på baggrund af henvisningen og resultaterne fra udredningen beslutter, hvilket behandlingstilbud patienten skal visiteres til.

Patienten udredes over en periode på maksimalt fire uger. Udredningen varetages primært af psykolog, socialrådgiver og fysioterapeut. Speciallæge kan indgå ved behov.

Indholdet i udredningen udgør kernen i behandlingsplanen. Denne fremsendes til henvisende læge umiddelbart efter visitationen. Udredningsarbejdet kommer således sammen med eventuelle anbefalinger den praktiserende læge og evt. kommunale sagsbehandlere til gode i patientens videre forløb. Hvis patienten tilbydes behandling, igangsættes den relevante, differentierede og tværfaglige behandling inden for kort tid.

## 7. Behandling

Den relevante behandling igangsættes umiddelbart efter endt udredning.

Ud fra resultaterne af udredningen tilbydes patienterne følgende behandling:

- Patienter med høje biopsykosociale ressourcer tilbydes indledende mentaliseringsbaseret psykoedukation efterfulgt af individuel terapi
- Patienter med mellem biopsykosociale ressourcer tilbydes mentaliseringsbaseret og symptomfokuseret gruppebehandling.
- Patienter med lave biopsykosociale ressourcer tilbydes grundlæggende psykoedukation og ressourceopbyggende behandling.

For alle patientgrupper gælder, at det ovennævnte behandlingstilbud ved behov kan suppleres med særlig tilrettelagt behandling hos fysioterapeut og/eller socialrådgiver samt specialiseret psykiatrisk/somatisk behandling.

Ved behov tilbydes herudover psykofarmakologisk behandling ved speciallæge.

Det gælder endvidere, at hvis det undervejs i behandlingsforløbet viser sig, at patienten har enten højere eller lavere ressourcer end først vurderet, tilbydes patienten det relevante behandlingstilbud.

### **Behandling af patienter med høje biopsykosociale ressourcer**

Patienterne med høje biopsykosociale ressourcer tilbydes primært individuel tværfaglig behandling med henblik på, at sætte patientens traumatiske oplevelser og symptomer i perspektiv samt sætte fokus på mestring af nutiden.

Der vil i psykoterapien primært være tale om traumefokuseret, individuel og kulturelt tilpasset mentaliseringsbaseret terapi. Derudover tilbydes fysioterapeutisk behandling og behandling ved socialrådgiver, enten i gruppe eller individuelt. Indledende tilbydes mentaliseringsbaseret psykoedukation i gruppe. Det samlede behandlingsforløb har en varighed af seks til tolv måneder efterfulgt af opfølgning tre og skes måneder efter endt behandling.

Ud fra den foreliggende erfaring fra pilotprojektet ved CETT og erfaringer ved RCT Fyn vil ca. 10 % af målgruppen have behov for dette behandlingstilbud. De indhøstede resultater hviler pt. på et patientgrundlag svarende til udredning og behandling af ca. 250 patienter.

### **Behandling af patienter med mellem biopsykosociale ressourcer**

Der tilbydes et mentaliseringsbaseret psykoedukationsforløb i gruppe efterfulgt af mere symptomfokuseret, mentaliseringsbaseret gruppebehandlingsforløb. Parallelt hermed tilbydes fysioterapi individuelt eller i gruppe. Endvidere tilbydes specialiseret socialrådgivning individuelt eller i gruppe. Her vil der blandt andet være fokus på relationen til kommunale socialrådgivere og deres opgaver og funktioner i forhold til patientens liv.

Gruppebehandling suppleres med et mindre antal særligt tilrettelagte forløb med individuel behandling ved behov. Samme terapeut bør så vidt muligt forestå såvel gruppe- som individuel behandling.

Herefter tilbydes en opfølgende behandlingssession i gruppe efter tre måneder og efter yderligere tre måneder. Behandlingsvarigheden for gruppebehandling er seks måneder efterfulgt af opfølgning tre og seks måneder efter endt behandling.

Behandlingsgrupper sammensættes så vidt muligt efter fælles sprog og udredt relationsmønster for at sikre en homogen gruppe. Så vidt muligt bør grupperne sammensættes af patienter med ens relationsmønster for at skabe en mere sammenhængende og udviklende gruppedynamik.

Fra endt udredning til opstart af behandling skal der være tilbud om en sundhedsfaglig kontaktperson.

Ud fra den foreliggende erfaring fra pilotprojektet ved CETT og erfaringer ved RCT Fyn vil ca. 50 % af målgruppen have behov for dette behandlingstilbud. De indhøstede resultater hviler pt. på et patientgrundlag svarende til udredning og behandling af ca. 250 patienter.

### **Behandling af patienter med lave biopsykosociale ressourcer**

Der tilbydes elementær psykoedukation samt støttende og ressourceopbyggende behandling til denne patientgruppe. Selve behandlingsrelationen og patientens netværk samt fokusering herpå er afgørende. En behandling med dette indhold – evt. i hjemmet og med fokus på familie og støttepersoner – efterfulgt af en mere vedvarende og handlingsfokuseret støttende indsats i det kommunale system, er behandlingstilbuddet til denne gruppe patienter.

Gennem dagligdags og meningsgivende handlefærdigheder og vaner stabiliseres sygdommen. Med tiden vil de dysregulerede emotionelle tilstande blive mere regulerede. Tilsvarende vil de desorganiserede relationer stabiliseres over tid. Behandlingsindsatsen for denne gruppe vil typisk vare to til fire måneder, efterfulgt af en mere permanent kommunal indsats, evt. med hjælp/supervision fra centrene.

Ud fra den foreliggende erfaring fra pilotprojektet ved CETT og erfaringer ved RCT Fyn vil ca. 40 % af målgruppen have behov for dette behandlingstilbud. De indhøstede resultater hviler pt. på et patientgrundlag svarende til udredning og behandling af ca. 250 patienter.

Efter behov tilbydes nogle patienter særligt tilrettelagte behandlingsforløb på tværs af disse behandlingstilbud.

## 8. Samarbejde

En af de fornemste opgaver for behandlingscentrene for traumatiserede flygtninge og torturofre er til stadighed at have fokus på koordinering og udvikling af samarbejde med praktiserende læger, kommuner samt den øvrige psykiatri.

Den praktiserende læge er en vigtig samarbejdspartner for behandlingscentrene, både når patienterne henvises til behandling, men også som opfølger på den behandlingsindsats, der er ydet i RCT centrene. De regionale behandlingscentre RCT Fyn og CETT har tilknyttet en praksiskonsulent.

Samarbejdet mellem kommunerne og behandlingscentrene er forankret i sundhedsaftalerne mellem regionen og de 22 kommuner. Den regionale samarbejdsaftale danner fundamentet for samarbejdet. På RCT området er der udarbejdet en tillægsaftale for samarbejdet omkring traumatiserede flygtninge og torturoverleverer samt veteraner<sup>5</sup>. Aftalen har fokus på det konkrete samarbejde og koordination af indsatsen i forhold til denne målgruppe. Den praktiske udmøntning af tillægsaftalen vil ske i de psykiatriske samordningsfora.

Omkring den enkelte patient er der i det daglige et tæt samarbejde mellem kommunernes og RCT centrenes medarbejdere.

De øvrige afdelinger i psykiatrisygehuset er ligesom praktiserende læger og kommuner en væsentlig samarbejdspartner for RCT centrene.

## 9. Dokumentation, kvalitetsudvikling og forskning

MTV-rapporten anbefaler, at man som minimum før og efter behandlingsindsatsen indsamler systematiske data vedrørende patientens symptomkompleks, reaktionsmønstre og psykosociale ressourcer. Igangsættelsen af en sådan proces vil over tid medføre en stadig stigende kvalificering af behandlingsindhold, behandlingseffektivitet og optimering af ressourceforbrug i forhold til patientgruppen samt give mulighed for øget forskning på området.

Som en integreret del af behandlingsforløbet gennemføres før- og eftermålinger i relation til vurdering af biopsykosociale ressourcer og symptomer samt generelle tests. Ved regionens egne behandlingscentre anvendes følgende tests:

Test til vurdering af biopsykosociale ressourcer

- Reading the Mind in the Eyes (RME)
- Level of Emotional Awareness Scale (LEAS)
- Ekmanns billeder

Test til vurdering af symptomer

- Harvard Trauma Questionnaire (HTQ-R)
- SCL-90, somatiseringsdel

#### Generelle test

- Global Assessment of Function (GAF)
- Brief Pain Inventory (BPI)
- WHO-5
- International classification of function (ICF)

Ved CETT og RCT Fyn foretages førmålinger og den kliniske vurdering i forbindelse med udredningen af patienten. Herudover foretages målinger ved afslutning af det primære behandlingsforløb samt efter tre og seks måneder. Alle resultater samles i skemaform.

Det er målet jf. anbefalingerne fra MTV'en, at RCT centrene i Region Syddanmark via en systematisk dokumentation af indsatsen kan medvirke til at udvikle hele RCT området herunder bidrage til en stadig stigende kvalificering af behandlingsindhold, effektivitet og optimering af ressourceforbrug samt give mulighed for øget forskning på området i Danmark.

Det er endvidere målet, at registrering og dokumentation af indsatsen sker ud fra de principper, der er gældende i behandlingspsykiatrien.

I henhold til MTV-rapporten anbefales det at samle al dokumentation for samtlige patienter i Region Syddanmark ét sted. Dette for at sikre den bedste mulighed for forskning, dokumentation og kvalitetsudvikling. Dette gøres for de to regionale centre.

RCT-Jylland som selvejende institution vil i den udstrækning det er relevant bidrage hertil. RCT-Jylland vil derudover, ligesom regionens centre, deltage i videnskabelige forskningsprojekter på landsplan.

## 10. Litteratur

<sup>1</sup> MTV om behandling af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge og torturofre, Region Syddanmark 2008

<sup>2</sup> I MTV'en defineres relationelle (biopsykosociale) ressourcer som personens alderssvarende situations- og kontekstrelevante evne til selvregulering: Implicit og eksplicit emotionsgenerering, emotionsbevidsthed og -forståelse og emotionsregulering (affektregulering og mentalisering) i nære tilknyttede relationer på undersøgelsestidspunktet. Selvregulering omfatter mønstret og niveauet for evnen til autoregulering (når personen er sig selv) og for evnen til interaktiv affektregulering (når personen er sammen med andre). De relationelle ressourcer operationaliseres ved vurdering og måling af relations- og mentaliseringsniveau.

Kilde: MTV om behandling af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge og torturofre, Region Syddanmark 2008.

Se også: Ford, J. D. (2010). Neurobiological and Developmental Research: Clinical Implications I: Courtois, C. A. & Ford, J. D. (Red): Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide. New York. London. Guilford Press.

Courtois, C. A. & Ford, J. D. & Cloitre, M. (2010). Best Practice in Psychotherapy for Adults. I: Courtois, C. A. & Ford, J. D. (Red): Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide. New York. London. Guilford Press.

Brown, D. (2010). Assessment of Attachment and Abuse History, and Adult Attachment Style. I: Courtois, C. A. & Ford, J. D. (Red): Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide. New York. London. Guilford Press.

Steele, K. & van der Hart, D. (2010). Treating Dissociation. I: Courtois, C. A. & Ford, J. D. (Red): Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide. New York. London. Guilford Press.

<sup>3</sup> Courtois, C. A. & Ford, J. D. (2010). (Red): Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide. Foreword by Judith L. Herman. Afterword by Bessel A. van der Kolk. New York. London. Guilford Press.

<sup>4</sup> ICD-10, DSM-IV og DESNOS-kriterierne jf. MTV om behandling af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge og torturofre, Region Syddanmark 2008

<sup>5</sup> Region Syddanmark, Tillægsaftale til den regionale samarbejdsaftale for det psykiatriske område, målgruppe traumatiserede flygtninge og veteraner, Region Syddanmark 2011