

Kerstin Bergh Johannesson, leg psykolog, leg psykoterapeut kerstin.bergh.johannesson@akademiska.se

Tom Lundin, docent; båda vid Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Akademiska sjukhuset/Uppsala universitet, Uppsala

Per-Olof Michel, försvarsöverpsykiater, Försvarsmaktens sjukvårdscentrum, Hammarö

Specialistteam för traumarelaterade störningar – en bristvara i Sverige

Både resurser och effektiva behandlingsmetoder saknas, visar enkätstudie

De psykologiska effekterna av traumatiska upplevelser kan bli långvariga och svårartade. I ett samhälle där förekomsten av dessa företeelser tyvärr blivit vanligare är det alltså viktigare att uppmärksamma detta problem. Människor som utsatts för plötsliga traumatiska händelser kan utveckla fortsatta stressreaktioner och löpa risk för bl a posttraumatiska stressyndrom.

Enligt olika uppskattningar beräknas förekomsten av posttraumatiska stressyndrom i den allmänna befolkningen vara 1–4 procent. För personer som exponerats för en allvarlig händelse ökar risken att utveckla posttraumatiskt stressyndrom upp till 25–30 procent. Har traumat haft en interpersonell karaktär är risken för posttraumatiskt stressyndrom ökad jämfört med om det orsakats av tekniska fel eller naturkatastrofer.

Posttraumatiskt stressyndrom kan utvecklas till en kronisk störning, som allvarligt kan handikappa den drabbade i hennes/hans vardagliga liv. Förutom störande återupplevelser, mardrömmar, ångest och fobisk utveckling kännetecknas tillståndet av kroniskt hög stressnivå, störd sömn, lättskrämdhet, koncentrationsstörningar och påverkan på minnesfunktionerna. Sambandet med kroppslig sjuklighet och med utveckling av depression är likaså starkt [1-4]. Andra vanliga följdtilstånd är ångest, smärtsyndrom och utveckling av missbruk.

Hos en stor andel patienter med olika psykiska störningar kan man finna att de varit utsatta för psykiska och/eller fysiska trauman, exempelvis misshandel eller sexuella övergrepp, under uppväxten [5]. Om man inte har detta i åtanke kan behandlingsframgångarna utebli. Upprepade traumatiska erfarenheter i barndomen är särskilt allvarliga, eftersom detta anses kunna påverka personlighetsutvecklingen med ökad risk för utveckling av personlighetsstörningar [6].

Sammantaget kan effekterna av svåra upplevelser, förutom det personliga lidandet, ha stor samhällsekonomisk betydelse i form av förhöjda sjuktal.

Kravet från samhället, och framför allt från patienterna själva, om anpassad professionell psykiatrisk hjälp kommer sannolikt att öka i framtiden. Senare tids forskning har visat att det finns behandlingsmetoder som är effektiva för posttraumatiska stressstörningar. Det är därför angeläget att kunskap om och tillgång till dessa behandlingsmetoder finns i olika delar av landet.

»Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri« har därför tagit

Sammanfattat



Psykologiska effekter av svåra trauman innebär stort personligt lidande. De har också avsevärda ekonomiska effekter för den enskilde och för samhället.

»Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri« har genomfört en inventering av resurser för akut stöd och behandling av problem efter psykiska trauman.

Samtliga sjukvårdsområden i landet har en organisation för akut psykosocialt stöd. Hälften av landstingen saknar dock specialistteam för behandling av traumarelaterade psykiska störningar.

Resultaten av enkäten tyder på att specialutbildade behandlare för människor som fått problem efter överfall, övergrepp, svåra olyckor eller andra livshot saknas inom den offentliga sjukvården på många orter. Här finns ett tydligt behov av ökade resurser.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

initiativ till en kartläggning av befintliga behandlingsresurser för traumarelaterade störningar inom den offentliga sjukvården i Sverige.

Inventeringen gör inte anspråk på att vara heltäckande, utan den kan behöva kompletteras.

Metod

Hösten 2003 skickades en enkät till företrädare för 20 landsting angående behandlingsresurser inom området psykotraummatologi. Mottagare var verksamhetschefer, chefsöverläkare eller annan företrädare för vuxenpsykiatri och barnpsykiatri. I enkäten efterfrågades tillgången till psykologisk/psykiatrisk katastrofledningsgrupp, förekomst av specialistmottagningar, olika typer av behandlingsresurser och -former, frekvens av patienter som söker för posttraumatiska stressreak-

tioner (samtliga besök) samt utbildningsinsatser för personal avseende diagnostik och behandling.

II Resultat

Totalt 85 enkätutskick gjordes till företrädare för vuxen- och barnpsykiatriska kliniker runt om i landet. Svarsfrekvensen var 88 procent, med svar från företrädare i samtliga landsting.

Psykologisk/psykiatrisk katastrofledning. Av svaren framkom att psykologiska/psykiatriska katastrofledningsgrupper, som kan aktiveras i händelse av en större olycka eller katastrof, fanns i samtliga landsting.

Specialistmottagningar. Från elva landsting angavs att det fanns specialistmottagningar för människor som utvecklat traumarelaterad problematik (Tabell I). Elva av dessa totalt 27 mottagningar var avsedda speciellt för flyktingproblematik, och sju var specialistmottagningar för barn. Endast fyra landsting angav att det fanns specialistmottagningar för traumarelaterad problematik i allmänhet. Förutom dessa angavs från fyra landsting att de antingen hade specialutbildade personer som utgjorde lokala behandlingsnätverk eller planerade att inrätta specialistmottagningar. Av de angivna vårdinstanserna drevs sex i privat regi.

Behandlingsformer. Av svaren framgår att det i mycket stor utsträckning fanns tillgång till läkemedelsbehandling. Psykodynamisk terapi fanns också mycket väl representerad. Kognitiv terapi och kognitiv beteendeterapi samt kreativa terapier är därefter den vanligaste behandlingsformen, medan kompetens inom EMDR (»eye movement desensitization and reprocessing«) [5] och kroppsorienterade terapier är mer sällsynt. Inom gruppen »annat« angavs exempelvis nätverks- och familjeterapi, föräldrabehandling och barnterapi. Enstaka svar angav också symboldrama, hypnos, visualiseringstekniker, tankefältsterapi (TFT) och dialektisk beteendeterapi (DBT).

Förekomst av traumapatienter. Totalt 23 procent av landstingen angav att de hade patienter med traumabesvär varje dag, 34 procent varje vecka och 24 procent varje månad. Detta säger visserligen ingenting om antalet patienter, men det ger en fingervisning om hur ofta dessa patienter förekommer inom den offentliga sjukvården.

I en del av enkätsvaren påpekades helt riktigt att många patienter inte primärt söker för posttraumatiskt stressyndrom, men att denna diagnos kan döljas bakom depression eller andra symtom. I vissa landsting hade dock inventeringar genomförts, exempelvis hade psykiatri i Jämtland under 10 månader 2003 registrerat 377 öppenvårdsbesök av patienter med posttraumatiska stressreaktioner. Under 2002 sökte 142 barn barn- och ungdomspsykiatri i Dalarna på grund av posttraumatiska stressreaktioner. I Örebro sökte under 2002 ungefär lika många en specialbarnmottagning inriktad mot sexuella övergrepp.

Utbildning i diagnostik och behandling. Av de svarande angav 33 procent att de lokalt hade genomfört någon form av utbildning inom området psykotraumatologi under det senaste året. Sammanlagt 62 procent av de svarande angav att de under det senaste året skickat personal på utbildning i diagnostik och behandling inom området. Endast 6 procent uppgav att detta inte förekommit alls, andelen osäkra var dock 16 procent.

II Diskussion

Resultatet av denna inventering av specialistbehandlingsresurser för människor som lider av traumarelaterade psykiska

Tabell I. Identifierade specialistresurser för traumarelaterade sjukdomstillstånd.

Landsting	Antal specialistmottagningar
Kalmar	1
Skåne	1
Stockholm	6
Sörmland	1
Uppsala	7
Värmland	1
Västernorrland	1
Västmanland	1
Västra Götaland	3
Örebro	2
Östergötland	3
Totalt	27

problem antyder att hälften av landets sjukvårdsregioner saknar speciella team för detta. Om resurser har inrättats är många av dessa avsedda främst för människor med krigs- och tortyrskador. För människor i allmänhet som fått problem efter överfall, övergrepp, svåra olyckor, livshot eller liknande saknas på många platser i landet speciella behandlare inom den offentliga sjukvården. Från ett par landsting angavs att specialistteam planeras. På andra ställen löses behovet med några specialutbildade personer som tar sig an denna patientkategori.

Specialteam för barn finns i Norrköping, Linköping, Örebro, i Stockholmsregionen och i Uppsala. Dessa team tar emot barn med problem efter krigstrauman, sexuella övergrepp, traumatiserande familjeförhållanden eller traumatiska förluster.

I samtliga landsting finns god tillgång till farmakologisk behandling och psykodynamisk behandling. Möjligheten av att få tillgång till behandling med EMDR och kognitiv beteendeterapi visar sig vara sämre trots att det idag föreligger evidens om mycket goda behandlingsresultat för dessa terapiformer [7-12]. I ett internationellt perspektiv finns också ett stort intresse för kroppsorienterade behandlingsmetoder vad gäller traumabehandling. Inte heller dessa tycks vara särskilt väl representerade inom den offentliga sjukvården i Sverige.

Samtidigt finns patienterna inom sjukvården. Över 80 procent av de tillfrågade uppgav att de ser dessa patienter minst varje månad och 57 procent minst varje vecka. Det tyder på att det är en relativt vanlig patientgrupp.

Samtliga landsting i landet har fungerande grupper för psykologisk/psykiatrisk katastrofledning. Personer som är engagerade i dessa grupper ansvarar för att traumatiserade människor omhändertas efter större olyckor och katastrofer. Ofta finns god kunskap om akut omhändertagande inom dessa organisationer.

Problemet förefaller vara större för de personer som av olika skäl behöver fortsatt professionell behandling på grund av kvarstående besvär. Det finns ett tydligt behov av att tillskapa ökade resurser inom detta angelägna område så patienter blir rätt diagnostiserade och kan få rätt behandling.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. A meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000;68: 748-66.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the Uni-

annons

- ted States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
3. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Study. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.
 4. Michel PO, Lundin T, Otto U. *Psykotraumatologi*. Lund: Studentlitteratur; 2001.
 5. Al Saffar S, Borgå P, Edman G, Hällström T. The etiology of posttraumatic stress disorder in four ethnic groups in outpatient psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:456-62.
 6. Siegel D. *The developing mind*. New York: Guilford; 1999.
 7. Davidson PR, Parker KC. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:305-16.
 8. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. *Effective treatments for PTSD. Practical guidelines of the International Society for Traumatic Stress*. New York: Guilford Press; 2000.
 9. NHS, National Institute for Health and Clinical Excellence. Post-traumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. *Clinical Guideline 26*. London: NICE; 2005. <http://www.nice.org.uk/pdf/CG026NICEguideline.pdf>
 10. EMDR – psykoterapi vid posttraumatiska stressyndrom hos unga. Stockholm: SBU; 2001. Alert-rapport.
 11. Sjöblom PO, Andreewitch S, Bejerot S, Mörtberg E, Brinck U, Rück C, et al. Regionalt vårdprogram. *Ångestsjukdomar*. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2003.
 12. Van Etten M, Taylor S. Comparative efficacy of treatments of posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1998;5:126-44.



=artikeln är referentgranskad

SUMMARY

Psychological effects of serious traumas can cause severe personal suffering for the individual and will also mean a great economical loss for the individual and for the society in terms of decreased functioning due to illness. The Swedish National Center for Disaster Psychiatry has done a survey to investigate the public resources for acute psychosocial support and for treatment of disorders after psychological traumas. The organization of psychosocial support within the public health care system after major disasters is functioning all over Sweden. Twenty-seven clinics were identified. A majority of these clinics have specialized in the support and treatment of victims of war and torture. Fifty percent of the public medical service areas do not have specialist clinics for treatment of trauma related disorders. At many places there is a lack of specialist treatment resources for people who have developed disorders after experiences of assaults, serious accidents or other types of life threats or sudden loss. There is an obvious need of increased resources in this area.

Kerstin Bergh Johannesson, Tom Lundin, Per-Olof Michel

Correspondence: Kerstin Bergh Johannesson, Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Emmy Rappes väg 10, SE-756 43 Uppsala, Sweden
kerstin.bergh.johannesson@akademiska.se