Region Stockholm

5
Utredning psykiatrisk traumavård
HSN 2021-2064

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Psykiatri och Samverkan
Caroline Palo

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2022-05-06

HSN 2021-2064

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Utredning psykiatrisk traumavård

Ärendebeskrivning

I Region Stockholms budget för 2020 ges hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag att genomföra en utredning gällande psykiatrisk traumavård för att klargöra struktur, kötider och följsamhet till nationella riktlinjer. Föreliggande tjänsteutlåtande anger en inriktning med utgångspunkt från genomförd utredning.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Rapport: Inventering av omhändertagandet av patienter med posttraumatiskt stressyndrom i vuxenpsykiatrin i Region Stockholm, april 2021

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i psykiatriberedningen.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Rapporten läggs till handlingarna.

2. Den i tjänsteutlåtandet beskrivna inriktningen inom Region Stockholm för att främja vårdens utveckling för patientgruppen godkänns.

3. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att återkomma till nämnden med förslag på åtgärder utifrån slutsatserna i utredningen.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Majoriteten av alla människor kommer någon gång i livet vara med om trauma men en minoritet av dessa utvecklar posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) får ungefär var fjärde individ av de som upplever en mycket svår, livshotande och traumatisk händelse, diagnosen PTSD efteråt. Efter vissa traumatiska händelser som våldtäkt och tortyr har tillståndet bedömts kunna drabba varannan person. Enligt sammanställda studier av barn och unga utvecklas PTSD hos var sjätte som har utsatts för trauma. Bland flyktingar och asylsökande personer är PTSD betydligt vanligare än hos personer utan sådana erfarenheter. Obehandlad PTSD är förknippat med stort lidande, funktionsnedsättning och psykiatrisk och somatisk samsjuklighet. För att förebygga PTSD är det viktigt att både upptäcka och behandla symptom tidigt.

PTSD behandlas främst inom specialistpsykiatrin i Region Stockholm men primärvården har också en nyckelroll i att identifiera och behandla personer med symtom på PTSD.

Ett regionalt vårdprogram (RVP) för PTSD lanserades 2019 i Region Stockholm. PTSD ingår även i nationellt vård- och insatsprogram (VIP) för depression och ångesttillstånd som utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångest. Dessa kunskapsstöd utgör ett stöd för utveckling och uppföljning av evidensbaserad vård för patienter med PTSD.

Stöd och vård för personer vid akut trauma och bakomliggande trauman som inte orsakat PTSD erbjuds främst inom akutsjukvård, primärvård och hos andra myndigheter.

Krig, tortyr och migration
Patienter som utvecklat PTSD efter trauman kopplat till krig, tortyr och migration omfattas av specialistpsykiatrins och primärvårdens uppdrag i enlighet med rådande vårdavtal. Det finns även två verksamheter upphandlade enligt lagen om offentlig upphandling, LOU (2016:1145) med uppdrag att erbjuda vård till patienter med migrationserfarenheter som uppvisar trauma- och stressrelaterade problem. Ett syfte med specifika mottagningar för denna målgrupp är att säkerställa kompetens för att bedriva vård med ett transkulturellt perspektiv. Region Stockholms

kunskapscentrum Transkulturellt centrum erbjuder stöd till vården av denna patientgrupp genom utbildning, information och konsultation.

Sexuella övergrepp
Vård för patienter som utvecklat PTSD efter sexuella övergrepp och våldtäkt omfattas av specialistpsykiatrins och husläkarnas uppdrag i enlighet med rådande vårdavtal. Andra vårdverksamheter som har i uppdrag att omhänderta målgruppen utifrån andra behov än PTSD är akutmottagningen för våldtagna på Södersjukhuset, ungdomsmottagningar samt vårdgivare inom vårdval sexuell hälsa. För barn som utsatts för brott, däribland sexualbrott, finns Barnahus där polis, åklagare, socialtjänst, barnmedicin och barn- och ungdomspsykiatrin arbetar tillsammans för att barnen ska få det stöd de behöver på en plats.

För att främja tidig upptäckt samt erbjuda stöd och förebygga svårare psykiska besvär hos patienter med sexuella trauman pågår olika aktiviteter hos andra aktörer i regionen:

1. Akademiskt primärvårdscentrum (APC) har i uppdrag att utbilda primärvården kring våld i nära relationer.

2. Centrum för psykiatriforskning (CPF) har under flera år utvecklat virtuella patienter med syfte att spegla en verklig patientsituation för användaren för att kunna träna kliniska bedömningar och behandlingar. Detta är skräddarsytt för primärvård och specialistpsykiatrin.

3. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) har i uppdrag sedan 2020 att stödja implementeringen av den nationella strategin för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. De har även arbetat med ett projekt som syftar till att ta fram och implementera en screening för våld i nära relationer till BVC och föräldragrupper.

4. Mika Hälsa inom Beroendecentrum Stockholm bedriver traumabehandling för målgruppen personer med erfarenhet av sex mot ersättning samt projekt för elevhälsans personal riktad till ungdomar med erfarenhet av sex mot ersättning och sex som självskadande beteende.

5. Järva och Huddinge ungdomsmottagning har ett särskilt uppdrag att anordna gruppterapi för ungdomar som utsatts för sexuella övergrepp.

Överväganden
En inventering av omhändertagandet av patienter med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) i vuxenpsykiatrin i Region Stockholm genomfördes under 2021 utifrån frågeställningar om organisationsstruktur, kötider och evidensbaserad behandling. Inventeringen visar att samtliga vuxenpsykiatriska verksamheter som har avtal med regionen erbjuder vård till patienter med PTSD som ryms inom evidensbaserade rekommendationer. Inventeringen visar också att verksamheterna har organiserat vården för patientgruppen olika. Tillgången till olika rekommenderade behandlingsalternativ varierar mellan verksamheterna och väntetiden till behandling kan betraktas som lång hos majoriteten av verksamheterna, dvs över vårdgarantin på 90 dagar. Inventeringen pekar också på att det upplevs brister i identifiering av PTSD inom olika vårdnivåer och behandling inom primärvården. Det beskrivs att det vid sidan av PTSD är vanligt med parallell psykiatrisk och/eller social problematik som utgör en försvårande omständighet för effektiv PTSD-behandling som kräver en effektiv samordning och samverkan mellan vårdgivare.

Inventeringen rekommenderar utveckling inom följande områden för att gynna omhändertagandet av patienter med PTSD:

- Öka andelen patienter som erhåller evidensbaserad behandling
- Öka användningen av symtomskattningar och regelbunden utvärdering
- Öka fokus på tillförlitlig och jämförbar statistik av behandlingseffekter
- Förbättra identifiering och diagnostik
- Korta ner väntetider med bibehållet fokus på vårdkvalitet
- Öka insatserna för de med störst behov, avseende subpopulationen inom PTSD med multipla trauman och bred/komplex problembild

De rekommendationer som framkommit inom kartläggningen faller inom vårdgivarnas ansvar men åskådliggör att det också finns behov av åtgärder hos beställaren. Behoven omfattar att klargöra vårdkedjan för traumavården, fortsatt stöd till implementering av vård21programmet, utbildning för såväl personal inom primärvård som specialistpsykiatri, samt att utveckla uppföljningen av vården för patientgruppen. Åtgärderna varierar i omfattning och komplexitet, liksom inbördes prioritering.

Det finns behov av att klargöra vårdkedjan mellan olika vårdnivåer och uppdrag i regionens vårdutbud ytterligare som även omfattar en beskrivning av ansvar för upptäckt, utredning och behandling som uppföljning. Vårdkedjan och de olika vårdgivarnas ansvar behöver göras känd för vårdgivarna men också för befolkningen för att säkerställa att patienter i behov av traumavård upptäcks tidigt och svårare besvär kan undvikas. Beställaren ansvarar även för att vårdbeställningarna speglar vårdkedjan och att vårdavtalens uppdrag och ersättningsmodeller ger leverantörerna möjlighet att erbjuda vård i enlighet med vårdprogram och riktlinjer. I och med en utredning av avtalsstruktur inom specialistpsykiatrin kommer uppdragen och organisationen för patienter med PTSD ses över. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbetar även med en ny utredning utifrån ett uppdrag i budgeten 2022 som anger att vården för sexuellt våldsutsatta ska förstärkas, exempelvis genom att utöka befintlig verksamhet på Södersjukhuset med denna kompetens och genom utbildning för medarbetare vid Region Stockholms egna akutmottagningar. Uppdraget omfattar även att utöka det psykologiska stödet.

Flera olika initiativ pågår i regionen för att öka kunskapen om identifiering, utredning, behandling och uppföljning av patienter med PTSD vilka behöver fullföljas men även utvecklas. Bland annat pågår arbete med att ta fram och pröva en ny struktur för kunskapsspridning av RVP PTSD i samarbete med utbildningsaktörer inom Region Stockholm. Genom Centrum för psykiatriforskning utvecklas ett metodstöd till vårdgivare för ökad följsamhet till RVP PTSD. För husläkarmottagningar genomförs inom projektet STEP-UP utbildningssatsningar om att upptäcka, bedöma och behandla PTSD. Via stöd- och behandlingsplattformen (SOB) genomförs en pilot på en internetbehandling för tidiga insatser i primärvården för nyligen traumatiserade samt en utvärdering av digifysisk behandling för PTSD. Ansvaret för kunskapsspridning och stöd i utvärdering av behandling av PTSD inom specialistpsykiatrin behöver förtydligas inom HSF:s ordinarie uppdrag till centrumbildningarna (t.ex. CPF).

Uppföljningen av vården för denna patientgrupp behöver utvecklas vidare för att möjliggöra uppföljning av följsamhet till riktlinjer och väntetider som ger möjlighet till jämförelser mellan verksamheter och vårdkedjan.

Sammantaget pågår flera aktiviteter som dels behöver fortsätta, utvecklas vidare och förtydligas inom hälso- och sjukvårdsförvaltningens ordinarie uppdrag.

Ekonomiska konsekvenser
Förslaget ryms inom befintliga budgetramar.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Åtgärderna förväntas öka patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Åtgärderna förväntas öka jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Åtgärderna innebär inga konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Åtgärderna innebär inga administrativa konsekvenser.

Anders Ahlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Godkänd av Anders Ahlsson, 2022-05-06

Centrum för psykiatriforskning | Karolinska Institutet | Stockholms läns landsting

Inventering av omhändertagandet av patienter med posttraumatiskt stressyndrom i vuxenpsykiatrin i Region Stockholm

Denna rapport genomfördes av Centrum för Psykiatriforskning (CPF) på uppdrag av Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen i Stockholm (HSF). Slutgiltig version: april 2021.

Sammanfattning

Syftet med föreliggande rapport var att inventera omhändertagande av patienter med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) inom de vuxenpsykiatriska verksamheterna i Region Stockholm avseende a) hur de olika verksamheterna är organiserade för att för att ge patienter med PTSD vård, b) väntetider till evidensbaserad psykologisk behandling för PTSD, samt c) vårdkvalitet utifrån följsamhet med kvalitetsindikatorer, samt behandlingsresultat, för patienter med PTSD.

Rapporten är baserad på information från intervjuer med representanter för de olika vuxenpsykiatriska verksamheterna, enkätundersökning med medarbete i vuxenpsykiatrin och en sammanställning från brukarföreningen Equal. Utdrag av data från journalsystemet Take Care planerades, men tillförlitlig statistik var inte möjlig att erhålla.

Organisation. Av verksamheter med flera mottagningar tillämpar majoriteten en decentraliserad organisation, där patienter med PTSD erhåller vård på alla verksamhetens mottagningar. En verksamhet tillämpar en utpräglat centraliserad organisation där traumavård erbjuds inom ett specialiserat program och en verksamhet har organiserat sig genom att traumavård ges på några utvalda mottagningar.

Väntetider. Några verksamheter har korta väntetider till psykologisk behandling för PTSD (under tre månader), men majoriteten av verksamheterna har längre kötider. Samtidigt framförs generellt att detaljerad information avseende kötider saknas.

Följsamhet med riktlinjer och behandlingsresultat. Samtliga verksamheter erbjuder evidensbaserad psykologisk behandling, både i form av olika varianter av traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) och/eller eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Även andra psykologiska behandlingar, som inte är evidensbaserade, förekommer. Mätning av PTSD-symtom med Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) görs inom alla verksamheter som del i basutredning. Det skiljer sig sedan stort mellan verksamheter i hur symtom följs och utvärderas med PCL-5 under och efter behandling. Till stor utsträckning saknas i nuläget data avseende behandlingsresultat för patienter med PTSD.

Rapporten avslutas med rekommendationer för att förbättra traumavården och dessa inkluderar arbete mot att öka andelen patienter som erhåller evidensbaserad psykologisk behandling, öka användning av symtomskattningar och regelbunden utvärdering, öka fokus på tillförlitlig och jämförbar statistik av behandlingseffekter, förbättra identifiering och diagnostik, korta ner väntetider med bibehållet fokus på vårdkvalitet, samt att säkerställa kvalitet i insatser för patienter med störst behov. I sammanställningen från brukarförenigen Equal återfinns ytterligare förslag på åtgärder som kan förbättra omhändertagandet av patienter med PTSD.

Innehållsförteckning

Sammanfattning **2**

Inledning **4**

Bakgrund *4*

Föreliggande inventering *5*

Syfte 5

Frågeställningar 5

Avgränsningar 5

Uppdraget 5

Metod **6**

Informationskällor *6*

Intervjuer med verksamhetsrepresentanter 6

Enkätundersökning till medarbetare och chefer i psykiatrin 6

Sammanställning från brukarföreningen Equal 6

Data från Take Care 6

Resultat **7**

Intervjuer med verksamhetsrepresentanter *7*

Verksamheternas organisation, behandlingsutbud och väntetider 8

Användning av skattningsformulär PCL-5 för att mäta PTSD-symtom 11

Omhändertagande av våldsutsatta kvinnor 12

Personer med migrationserfarenhet och trauma 12

Överföring från primärvården 13

Parallell problematik 13

Orsakskoder i Take Care 14

Effekter av covid-19-pandemin 14

Framtida utvecklingsmöjligheter 14

Sammanfattning av intervjuer utifrån frågeställningarna 15

Enkätundersökning *16*

Sammanställning från brukarföreningen Equal *19*

Diskussion **20**

Rekommendationer *20*

Referenser **22**

Bilagor **23**

Bilaga 1. Verksamheter och intervjupersoner *23*

Bilaga 2. Intervjumall, översyn vård av PTSD i vuxenpsykiatrin *24*

Bilaga 3. Equals sammanställning om traumavården i Stockholm *25*

Inledning

Bakgrund

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) utvecklas till följd av exponering för en eller flera traumatiska händelser. Symtombilden innehåller återupplevelser av traumat, omfattande undvikande av traumapåminnelser, förändringar i tankeinnehåll och sinnesstämning, samt överdriven vaksamhet/lättskrämdhet (American Psychiatric Association, 2013). Syndromet är förknippat med stort lidande och funktionsnedsättning, och samsjuklighet är vanligt (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005).

Majoriteten av personer som exponeras för traumatiska händelser utvecklar inte PTSD, men risken ökar vid interpersonellt trauma (Santiago et al., 2013). Livstidsprevalensen av PTSD i Sverige har uppskattats till 5,6% och syndromet är vanligare bland kvinnor och utlandsfödda (Frans, Rimmo, Aberg, & Fredrikson, 2005). Förekomsten befaras även öka till följd av covid-19-pandemin (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2020).

Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska vara ett stöd vid prioriteringar och ge vägledning om vilka behandlingar som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Enligt dessa *bör* (prioritet 3) hälso- och sjukvården erbjuda traumafokuserad kognitiv beteendeterapi med exponering (TF-KBT) vid PTSD (Socialstyrelsen, 2020). Den vanligaste formen av TF-KBT är prolonged exposure (PE; Foa, Hembree, Rothbaum, Rauch, & Pettersson, 2021) men även andra varianter förekommer såsom kognitiv terapi (KT; Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, & Fennell, 2005) och narrative exposure therapy (NET; Schauer, Neuner, & Elbert, 2011, anpassad för personer som har överlevt krig och tortyr). Enligt rekommendationerna *kan* hälso- och sjukvården även erbjuda eye movement desensitization and reprocessing (EMDR, prioritet 7). Gällande farmakologisk behandling *kan* antidepressiva läkemedel erbjudas (prioritet 5), men vården *bör inte* erbjuda bensodiazepiner (icke-göra) (Socialstyrelsen, 2020).

Det finns flera användbara självskattningsformulär vid PTSD. Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) mäter förekomst och svårighetsgrad av PTSD-symtom. Formuläret kan användas för screening, som stöd/informationskälla vid diagnosticering samt för att följa symtomförändring under och efter behandling. PCL-5 uppvisar goda psykometriska egenskaper med avseende reliabilitet och validitet (Blevins, Weathers, Davis, Witte, & Domino, 2015).

Det Regionala vårdprogrammet i Stockholm (RVS) för PTSD lanserades i maj 2019 för att fungera som ett regionalt, praktiskt stöd för hälso- och sjukvårdspersonal och som ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll. I RVS-PTSD framförs fyra kvalitetsindikatorer för bedömning och behandling (https://psykiatristod.se/regionala-vardprogram/posttraumatiskt-stressyndrom---ptsd/kvalitetsindikatorer):

- Andelen personer med nydiagnostiserad PTSD som vid diagnostisering har genomgått en strukturerad skattning med PCL-5. Målnivå 80%.
- Andelen personer med ICD-diagnos F.43.1 som har fått psykologisk behandling med KBT eller EMDR inom 90 dagar efter diagnosen har fastställts. Målnivån ≥ 70%.
- Andelen personer med PTSD som har fått läkemedelsbehandling med bensodiazepiner. Målnivån ≤ 10%.

- Andelen personer med PTSD och med uppföljande skattning av PCL-5, 5-7 månader efter basutredning.

Kvalitetsindikatorerna styr alltså mot att mäta symtomnivå under utredning, erbjuda evidensbaserad psykologisk behandling inom tre månader, och sedan mäta symtomnivå igen cirka ett halvår efter basmätning. Det finns i nuläget ingen kvalitetsindikator i RVS-PTSD som omfattar behandlingseffekt. RVS-PTSD omfattar hela vården, varav psykiatrin en central aktör i tillhandahållandet av traumavård.

Föreliggande inventering

Syfte

Rapportens syfte var att inventera omhändertagandet av patienter med PTSD i vuxenpsykiatrin i Region Stockholm.

Frågeställningar

1. Organisation:
   - Hur är de vuxenpsykiatriska verksamheterna i Region Stockholm organiserade för att omhänderta patienter med PTSD, var erhåller patienter vård?

2. Kötider:
   - Hur länge får patienter med PTSD vänta på psykologisk behandling med TF-KBT eller EMDR?

3. Vårdkvalitet:
   - Hur är följsamheten med kvalitetsindikatorerna i RVS-PTSD?
   - Utöver kvalitetsindikatorerna – hur ser behandlingseffekterna ut avseende PTSD-symtom utifrån självskattning med PCL-5 efter behandling?

Utöver ovanstående huvudsakliga frågeställningar kommer även annan information som erhållits under datainsamling att presenteras om den bedöms relevant för traumavården i Region Stockholm.

Avgränsningar

Föreliggande rapport fokuserar på patienter med PTSD inom vuxenpsykiatrin i Region Stockholm. Primärvården (både gällande vuxna och barn) liksom barn- och ungdomspsykiatrin omfattas inte av föreliggande rapport. Likaså omfattar rapporten inte psykiatrisk specialistvård för ätstörningar, beroende eller rättspsykiatri.

Uppdraget

Denna inventering har genomförts av Centrum för Psykiatriforskning (CPF) på uppdrag av Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen i Stockholm (HSF). Uppstartsmöte för utformning av inventeringen ägde rum i december 2020 med överenskommelse om färdigställd rapport den sista mars 2021. Fredrik Santoft (CPF; fredrik.santoft@ki.se) har genomfört intervjuer, sammanställt data och skrivit rapporten. Följande personer har också varit delaktiga i arbetet: Moa Isacsson (HSF), Caroline Palo (HSF), Mårten Skogman (HSF) och Maria Bragesjö (SLSO/KI).

Metod

Informationskällor

Med syfte att öka förförståelse genomfördes intervjuer vid uppstarten av inventeringen med Frida Johansson Metso, legitimerad psykolog på Transkulturellt Centrum; Gita Rajan, grundare och ordförande för World of no sexual abuse (WONSA); och Per Sternbeck, föreningssekreterare och socialt ombud på brukarföreningen Equal. Dessa intervjuer återges inte i rapporten men har påverkat bland annat utformningen av intervjumall.

Intervjuer med verksamhetsrepresentanter

Intervjuer har genomförts med en eller flera representanter för respektive verksamhet inom vuxenpsykiatrin i Region Stockholm. Totalt har således 15 intervjuer genomförts. Val av intervjuperson(er) för respektive verksamhet har gjorts av respektive verksamhetschef. I Bilaga 1 återfinns namn och befattning på intervjuperson(er) som representerat respektive verksamhet. Intervjuerna har utgått från en i förväg fastställd intervjumall, se Bilaga 2. Intervjuerna genomfördes under februari och mars 2021.

Enkätundersökning till medarbetare och chefer i psykiatrin

I projektet Kunskapsspridning av PTSD, med målet att öka följsamheten till RVP-PTSD, utformades en enkät i syfte att inventera vårdens behov av åtgärder. Enkäten skickades till medarbetare och chefer inom både psykiatri och primärvård och inkluderade både verksamheter för vuxna och barn. Enkäten inkluderade även medarbetare i Region Gotland utifrån ett pågående samarbete. Föresatsen var att enkäten skulle gå ut till samtliga medarbetare, men bland annat tekniska problem medförde begränsat antal svarande. I föreliggande rapport har data relevant för aktuella frågeställningar extraherats från enkätsvaren: endast respondenter i vuxenpsykiatrin i Region Stockholm har använts och enbart utvalda enkätfrågor rapporteras. Enkäten besvarades under perioden december 2019 till januari 2020.

Sammanställning från brukarföreningen Equal

Brukarföreningen Equal ombads att, som representant för psykiatrienhetens brukarråd hos HSF, skriva en sammanställning utifrån erfarenheter av att möta personer med PTSD som varit i kontakt med den psykiatriska traumavården. Sammanställningen baseras på intervjuer och samlade lärdomar i verksamheten.

Data från Take Care

Journalsystemet Take Care används av samtliga verksamheter. Tjänsten webbformulär tillhandahåller flertalet skattningsformulär, inklusive PCL-5, och är integrerat med Take Care. Samtliga verksamheter utom en använder tjänsten webbformulär. Data rörande kötider, erhållen behandling (exempelvis KBT eller EMDR), förskrivning av benzodiazepiner samt användning och resultat av PCL-5 finns alltså att tillgå i Take Care.

Vid påbörjandet av arbetet med denna rapport fanns en ambition att erhålla data från Take Care avseende kvalitetsindikatorerna i det regionala vårdprogrammet. Utöver dessa planerades även datauttag för att undersöka behandlingseffekt (PCL-5 före och efter behandling). Utgångspunkten var att centralt dra ut data för samtliga verksamheter. Flera hinder har dock framkommit i denna process och tydliggjort svårigheter med att få tillförlitlig och mellan verksamheter jämförbar statistik från Take Care i nuläget:

- *Problem kopplade till registrering av information i Take Care.*
  För att erhålla faktiska väntetider för patienter behövs sökord i Take Care som etablerar när beslut om psykologisk behandling fattas. Sådant sökord (”Vårdåtagande vid enheten avser”) har nyligen implementerats och täckningsgraden är därför låg. Att beräkna väntetid utifrån tidpunkt för ställd PTSD-diagnos till påbörjad psykologisk behandling leder till väntetider som inte återspeglar patientens faktiska väntan: exempelvis kan annan behandling ha bedömts vara indicerad först, såsom depressionsbehandling vid komorbid depression.

- *Problem kopplade till datauttag från Take Care*.
  En rad definitioner behöver göras vid datauttag, exempelvis kring vilka patienter som ska analyseras (alla med PTSD eller enbart de med ny diagnos för viss tidsperiod, liksom identifiering av vilka patienter som erhållit behandling för PTSD och inte komorbid diagnos som samtidigt ställts i Take Care) och vad som räknas som att evidensbaserad behandling har erhållits (etablerat gränsvärde för antal sessioner för att bedömas som ”full” behandling). Eftersom rutiner saknas för denna typ datauttag har sådana definitioner inte varit tillgängliga.

- *Juridiska aspekter.*
  Gällande uttag från Take Care av skattning på PCL-5 har juridiska hinder framkommit som inte kunnat lösas.

Utifrån ovanstående har beslut fattats om att inte redovisa någon data från Take Care i föreliggande rapport.

Resultat

Intervjuer med verksamhetsrepresentanter

I Tabell 1 återfinns de 15 vuxenpsykiatriska verksamheterna med information om områdesansvar och/eller specifikt uppdrag.

Tabell 1. De psykiatriska verksamheterna med information om områdesansvar och/eller specifikt uppdrag

Verksamhet	**Områdesansvar**	**Specifikt uppdrag**
SLSO		
Norra Stockholms psykiatri *	Kungsholmen, Norrmalm, Östermalm, Hässelby-Vällingby, Bromma samt Ekerö kommun	
Psykiatri Nordväst *	Sigtuna, Sollentuna, Upplands Väsby, Solna, Sundbyberg	
Psykiatri Sydväst *	Botkyrka och Huddinge	
Psykiatri Södra Stockholm *	Enskede-Årsta-Vantör, Farsta-Skarpnäck, Södermalm	
Psykiatricentrum Södertälje *	Södertälje, Salem, Nyvkvarn	

Privat		
Aleris Psykiatri Järva *	Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista	
Aleris Psykiatri Nordost *	Danderyd, Täby, Vallentuna, Österåker, Lidingö, Vaxholm	
WeMind Sydost *	Nacka, Värmdö, Haninge, Tyresö, Nynäshamn	
Capio Psykiatri Jakobsberg	Järfälla, Upplands-Bro	
Prima Vuxenpsykiatri Liljeholmen	Hägersten-Liljeholmen, Älvsjö, Skärholmen	
Capio Psykiatri Stockholm		Sjukvårdspersonal + kontaktyrken
Aleris Psykiatri Trauma och stress	Norra länet	Transkulturell psykiatri, trauma & stress
Capio Centrum för stress och trauma	Södra länet	Transkulturell psykiatri, trauma & stress
Capio Ångest och depression		Ångest & depression
WeMind Ångest och depression		Ångest & depression

* Verksamhet med fler än två mottagningar

Information från intervjuer med verksamhetsrepresentanter rapporteras enligt följande: först redovisas svar som är uppdelade per verksamhet, sedan information som sammanfattats från alla verksamheter och slutligen en sammanfattning utifrån rapportens frågeställningar.

Verksamheternas organisation, behandlingsutbud och väntetider

Intervjupersonerna har beskrivit hur deras respektive verksamhet är organiserad för att behandla patienter med PTSD. Organisationsstrukturen har sedan kategoriserats som ”centraliserad” (behandling för PTSD sker på särskild mottagning inom verksamheten) eller ”decentraliserad” (behandling för PTSD är utspridd på flertalet av verksamhetens mottagningar). Denna kategorisering har gjorts för verksamheter med fler än två mottagningar. Slutenvård och akutenheter ingår inte i den specifika traumavården och har därför exkluderats från nedanstående beskrivning liksom från övrig rapportering av intervjuerna. I Tabell 2 återges intervjupersonernas beskrivning av organisationsstruktur avseende PTSD-vård, eventuella förändringar i organisation, samt erbjudna psykologiska behandlingar och uppskattad väntetid till sådan. För verksamheter med specifikt uppdrag ingår även information om patientinflöde och andel patienter med PTSD i Tabell 2.

Tabell 2. Information från intervjuer med verksamhetsrepresentanter, uppdelat per verksamhet

Norra Stockholm Psykiatri
Organisation: Decentraliserad. PTSD-behandling erbjuds av alla verksamhetens mottagningar. Tidigare behandlades PTSD på specialiserad mottagning (Mottagningen för ångestsjukdomar och för personlighetssyndrom, Alvik), men detta resulterade i långa köer och upplevdes som alltför krävande för behandlare. **Erbjudna psykologiska behandlingar:** PE, KBT, DBT, CPT, EMDR, Lifespan integration och PDT.

Väntetider till psykologisk behandling: Har inte information om väntetider och beskriver svårigheter att få ut korrekt info från Take Care (det som mäts är basutredning till behandling, vilket blir ett missvisande mått eftersom alla patienter med PTSD inte bör erhålla PE/EMDR direkt, kan vara indikerat med exempelvis depressionsbehandling först). Ibland långa köer och patient kan då erbjudas remiss till annan verksamhet, exempelvis WeMind Ångest och depression.

Psykiatri Nordväst

Organisation: Decentraliserad. PTSD-behandling erbjuds av alla verksamhetens mottagningar med undantag för Ångestenheten (som behandlar tvångssyndrom och relaterade tillstånd). Merparten av PTSD-behandlingar sker på de allmänpsykiatriska mottagningarna.
Planer på förändring i organisation: En utredningsenhet är under utveckling och ska utvärderas i liten skala, med målet att förbättra diagnostiken.
Erbjudna psykologiska behandlingar: PE och traumabehandling inom DBT. Även PDT i form av stödjande/stabiliserande insats som föregår traumabehandling.
Väntetider till psykologisk behandling: Väntetid föreligger, men har inte närmare information. Beskriver belastning inom de flesta diagnosområdena.

Psykiatri Sydväst

Organisation: Centraliserad. PTSD-behandling erbjuds på Traumaprogrammet genom internremiss inom verksamheten (från Utredningsenheten eller övriga mottagningar/program). Bemanning: fyra psykologer, en psykoterapeut, en läkartjänst och en ptp-psykolog. Vid behov kan patient vara aktuell på två program samtidigt, exempelvis Traumaprogrammet och Psykosprogrammet. Undantag: Dövpsykiatri-programmet erbjuder PTSD-behandling p.g.a. möjlighet till modifikationer av behandlingen lämpliga för målgruppen (möjlighet till handledning från personal på Traumaprogrammet finns).
Erbjudna psykologiska behandlingar: PE och EMDR.
Väntetider till psykologisk behandling: Har egen väntelista inom Traumaprogrammet, i nuläget nära ett års kö från beslut om psykologisk behandling till påbörjad sådan. Under denna tid genomförs patient- och närståendeutbildning (PNU). Väntetider förväntas minska efter förstärkning av en specialistpsykolog under våren.

Psykiatri Södra Stockholm

Organisation: Centraliserad (till stor del). Majoriteten av patienter med PTSD erhåller behandling på Ångestmottagningen genom interremiss inom verksamheten. PTSD-behandling förekommer också på en av två personlighetsmottagningar (Mottagning för personlighetssyndrom Andreahuset) och på en av två affektiva mottagningar (Affektiva mottagningen Rosenlund). Komplex traumarelaterad problematik med exempelvis svår dissociation kan behandlas på Psykoterapienheten.
Erbjudna psykologiska behandlingar: PE, NET, EMDR och Lifespan integration. Använder även en integrativ modell för svårare dissociativa tillstånd.
Väntetider till psykologisk behandling: Väntetider föreligger, men närmare information saknas p.g.a. svårigheter att få fram tillförlitlig statistik från Take Care. Ångestmottagningen beskrivs ha större inflöde än utflöde och skulle behöva några tjänster till.

Psykiatricentrum Södertälje

Organisation: Decentraliserad. PTSD-behandling erbjuds av alla verksamhetens mottagningar.
Planer på förändring i organisation: Utredningsenhet ska få nya rutiner med utökat ansvar för PTSD-utredning. Verksamheten avser även minska antalet enheter och öka samarbetet mellan enheter, detta har dock mestadels indirekta konsekvenser för traumavården.
Erbjudna psykologiska behandlingar: PE, NET och EMDR.
Väntetider till psykologisk behandling: Erbjuds inom 90 dagar, räknat från basutredning. Nytt sökord i Take Care har börjat användas gällande beslut om behandling och detta förväntas förbättra tillförlitlighet i väntetidsstatistiken framöver.

Aleris Psykiatri Järva

Organisation: Decentraliserad. PTSD-behandling erbjuds av alla verksamhetens mottagningar.

Erbjudna psykologiska behandlingar: PE, KBT, EMDR och PDT.
Väntetider till psykologisk behandling: Väntetid finns men behandling erbjuds inom 90 dagar.

Aleris Psykiatri Nordost

Organisation: Decentraliserad. PTSD-behandling erbjuds av alla verksamhetens mottagningar med undantag för Neuropsykiatriska enheten som internremitterar till annan mottagning inom verksamheten. Psykoterapienheten behandlar patienter med svår/komplex problematik med enbart behov av psykoterapi (frågetecken finns kring funktionen av denna mottagning utifrån att de inte kan ta emot patienter med behov av ytterligare stöd).
Planer på förändring i organisation: En specialiserad enhet för PTSD diskuteras inom verksamheten och ska eventuellt införas.
Erbjudna psykologiska behandlingar: PE, KBT, EMDR och PDT
Väntetider till psykologisk behandling: Kort väntetid**,** de flesta patienter kan erbjudas behandling inom några veckor.

WeMind Sydost

Organisation: Decentraliserad. PTSD-behandling erbjuds av alla verksamhetens mottagningar.
Erbjudna psykologiska behandlingar: PE.
Väntetider till psykologisk behandling: Överlag korta väntetider: behandling erbjuds inom 90 dagar och ett par mottagningar har inga väntetider. Undantag: mottagningen i Nynäshamn som inte håller 90 dagar (saknar exakta siffror) p.g.a. svårigheter att rekrytera psykologer.

Capio Psykiatri Jakobsberg

Organisation: Verksamheten har en allmänpsykiatrisk mottagning och en psykosmottagning. PTSD-behandling erbjuds på den allmänpsykiatriska mottagningen.
Erbjudna psykologiska behandlingar: TF-KBT (främst PE) och EMDR.
Väntetider till psykologisk behandling: Har kö till PTSD-behandling (liksom till andra psykologiska insatser), ofta längre än 90 dagar.

Prima Vuxenpsykiatri Liljeholmen

Organisation: Verksamheten har en allmänpsykiatrisk mottagning och psykosmottagning. PTSD-behandling erbjuds primärt på den allmänpsykiatriska mottagningen.
Erbjudna psykologiska behandlingar: PE, KBT och EMDR. Även PDT, men inte förstahandsval för PTSD.
Väntetider till psykologisk behandling: Följer väntetider genom egen väntelista, patient skrivs upp när beslut om psykologisk behandling fattats. I nuläget fem månaders väntetid, med ambition om att minska detta till tre månader inom 2021.

Capio Psykiatri Stockholm

Organisation: Verksamheten har en allmänpsykiatrisk mottagning med särskilt ansvar för vårdpersonal och personer i kontaktyrken (potentiell igenkänning är av central betydelse i definitionen av kontaktyrke).
Inflöde av patienter: Utifrån yrkesdefinitionen i uppdraget går det inte att särskilja andelen patienter som har kontaktyrken, men förekomsten av önskemål om enskilt väntrum är liten.
Andel patienter med PTSD: Ser inte ökning i covid-19-relaterad PTSD (varken bland vårdpersonal eller kopplat till drabbade patienter). Effekter av pandemin märks snarare i ökning inom andra problemområden kopplade till icke-traumatisk påfrestning såsom stressrelaterad ohälsa, depression och ångest.
Erbjudna psykologiska behandlingar: Främst PE, även KBT. Kompetens för NET finns också.
Väntetider till psykologisk behandling: Väntetider föreligger, men har inte detaljerad information. Anger att det inte handlar om ett år, men kan inte ange antal månader.

Aleris Psykiatri Trauma och stress

Organisation: Verksamheten har en mottagning, Aleris Psykiatri trauma och stress, med uppdrag att behandla patienter med migrationserfarenheter och trauma.

Inflöde av patienter: Remisser kommer främst från primärvården och övriga psykiatrin, från hela Region Stockholm (inte bara norra delen).
Andel patienter med PTSD: Uppskattas till 60-70% av mottagningens patienter.
Erbjudna psykologiska behandlingar: TF-KBT (PE, KT och NET) och EMDR. Även PDT finns, men inte som specifik traumabehandling.
Väntetider till psykologisk behandling: Inga väntetider i nuläget.

Capio Centrum för stress och trauma

Organisation: Verksamheten har en mottagning, Capio Centrum för stress och trauma, med uppdrag att behandla patienter med migrationserfarenheter och trauma.
Inflöde av patienter: Majoriteten av remisserna kommer från vårdcentraler. Egenanmälningar utgör också en stor andel i perioder. Även remisser från övriga psykiatrin. Remisser kommer från hela Region Stockholm (inte bara södra delen).
Andel patienter med PTSD: Uppskattas till över 90% av mottagningens patienter.
Erbjudna psykologiska behandlingar: PE (främst), NET, traumabehandling inom ramen för DBT, COPE och EMDR.
Väntetider till psykologisk behandling: Erbjuder i nuläget oftast behandling inom 90 dagar, men befarar att väntetider kommer öka utifrån väldigt stor efterfrågan med stort remissinflöde senaste månaderna.

Capio Ångest och depression

Organisation: Verksamheten har en mottagning, Capio Psykiatri Ångest och Depressionsmottagningen, med uppdrag att behandla svår ångest och/eller depression.
Planer på förändringar i organisation: Avser skapa trauma-forum för exempelvis teamsamverkan kring bedömning och vårdplanering, samt kompetensutveckling i bedömning och behandling (vid mailkontakt kort efter intervjun angavs att implementering av trauma-forum redan påbörjats).
Inflöde av patienter: Majoriteten av patienterna kommer från primärvården/vårdcentraler. Även en del från allmänpsykiatrin (med överrepresentation från vissa mottagningar inom andra verksamheter).
Andel patienter med PTSD: Uppskattas att ca 25% av remisserna handlar om PTSD (ökning jämfört med ett år tillbaka då det var ca 15%).
Erbjudna psykologiska behandlingar: Främst PE och KT. PDT finns också som alternativ när annan behandling inte haft effekt.
Väntetider till psykologisk behandling: Har sedan i november 2020 inte kunnat erbjuda behandling inom 90 dagar. I nuläget ca 4 månaders väntetid.

WeMind Ångest och depression

Organisation: Verksamheten har två likvärdiga mottagningar, WeMind ångest och depression, med uppdrag att behandla svår ångest och/eller depression.
Inflöde av patienter: Relativt jämn fördelat av patienter från primärvården och psykiatrin, från hela regionen. Även en del utomlänspatienter.
Andel patienter med PTSD: Uppskattas vara den största diagnosgruppen.
Erbjudna psykologiska behandlingar: PE.
Väntetider till psykologisk behandling: Erbjuder behandling inom 2-4 veckor.

Förklaring. COPE = concurrent treatment of PTSD and substance use disorders using prolonged exposure, CPT = cognitive processing therapy, DBT = Dialektisk beteendeterapi, EMDR = eye movement desensitization and reprocessing, KBT = kognitiv beteendeterapi, KT = kognitiv terapi, NET = narrative exposure therapy, PDT = psykodynamisk terapi, PE = prolonged exposure.

Användning av skattningsformulär PCL-5 för att mäta PTSD-symtom

PCL-5 kan användas för screening, som stöd/informationskälla vid diagnosticering samt för att följa symtomförändring under och efter behandling. Samtliga verksamheter anger att de använder skattningsformuläret PCL-5 som del i PTSD-omhändertagande. I intervjuerna framkommer dock stor variation mellan verksamheter i hur PCL-5 används:

- enbart som del i basutredning,
- kontinuerligt (veckovis eller var femte vecka) för att utvärdera behandlingseffekt på patientnivå, och/eller
- före och efter behandling för att på verksamhets-/mottagningsnivå kunna undersöka behandlingseffekter.

Flertalet av verksamheterna beskriver en ambition om att utöka sin användning av PCL-5 i uppföljande syfte (skattning av PCL-5 under och efter behandling). Majoriteten av verksamheterna anger att de saknar information om behandlingseffekter utifrån PCL-5 på verksamhets- och mottagningsnivå. Flera utmaningar beskrivs avseende att kunna erhålla tillförlitlig statistik, både gällande datainsamling (exempelvis att nå hög täckningsgrad i att majoriteten av patienterna skattar PCL-5, så att data blir representativ för patientgruppen) och kring datauttag (exempelvis att på smidigt sätt kunna få ut statistik om behandlingseffekter för relevanta patienter). Flera av verksamheterna beskriver att arbete pågår mot att kontinuerlig kunna få återkoppling på verksamhetens behandlingsresultat.

De specialiserade transkulturella verksamheterna beskriver dessutom utmaningar i att många patienter inte har möjligt att fylla i PCL-5 digitalt, exempelvis p.g.a. språkliga hinder som gör att formuläret behöver ifyllas under session (och då tar upp mot hel session i anspråk). Medarbetare har också framfört att PCL-5 inte inkluderar ett transkulturellt perspektiv och efterfrågar alternativt formulär.

Sammantaget verkar PCL-5 användas, samtidigt som stora utvecklingsmöjligheter framförs.

Omhändertagande av våldsutsatta kvinnor

På ett övergripande plan framför verksamheterna i intervjuerna att de har kompetens för att bemöta, bedöma och behandla våldsutsatta kvinnor med PTSD. Flera verksamheter beskriver att våldsutsatta kvinnor är en relativt stor undergrupp inom PTSD, vilket leder till erfarenhet och kompetens i att omhänderta dessa patienter.

Flera verksamheter framför dock att det förekommer brister i vården (både inom egna verksamheten men framför allt i övrig vård) gällande identifiering av kvinnor som utsatts eller utsätts för våld. Rörande vård utanför psykiatrin beskrivs att patienter kan ha sökt vård under längre tid utan att tillfrågas om våldsutsatthet, och att skamkänslor hos patienten kan bidra till att andra symtom framförs som centrala i avsaknad av explicita frågor om våldsutsatthet.

Några verksamheter framför att de systematiskt efterfrågar *tidigare* traumatiska erfarenheter i diagnostiska intervjuer, medan brister föreligger gällande undersökning av *pågående* våldsutsatthet. Exempelvis kan sexualanamnes saknas i intervjumallar, vilket gör att sådana frågor inte utforskas systematiskt. Tvingande term i Take Care anges som ett sätt att öka sannolikheten att frågor om våld ställs. Flera verksamheter har å andra sidan fokuserat på frågan om våld, exempelvis genom att personal genomgått utbildning om våld i nära relationer, och frågor om våldsutsatthet ställs till samtliga patienter. Vid arbete med patienter med skyddad identitet beskrivs att upparbetade rutiner för detta är viktigt.

Personer med migrationserfarenhet och trauma

Flera verksamheter anger att kompetensutveckling behövs avseende arbete med patienter med migrationsbakgrund och trauma. Både språkliga och kulturella aspekter framförs som hinder, exempelvis gällande kunskap om olika kulturella uttryck för lidande. Medarbetare med

språkliga och kulturella kunskaper beskrivs som en tillgång, dock främst förekommande i stödjande kontakter snarare än hos exempelvis PE-behandlare.

Majoriteten av verksamheterna remitterar frekvent till de specialiserade transkulturella verksamheterna, medan några få verksamheter anger att de i nuläget remitterar i liten utsträckning och skulle kunna göra det mer. Transkulturellt Centrum anges av flera verksamheter som viktig aktör rörande utbildning i det transkulturella perspektivet och några verksamheter har testat och uppskattat kulturformuleringsintervjun.

Majoriteten av verksamheterna har specifikt områdesansvar och därmed varierar etnisk heterogenitet i patientpopulationer. De olika verksamheterna beskriver utifrån detta varierande förekomst av tolksamtal: flertalet beskriver det som relativt vanligt förekommande medan några anger att det är mer sällsynt. Flera verksamheter beskriver att medarbetare är vana vid att genomföra samtal genom tolk och har kompetens för detta, medan några anger att trepartssamtal är en särskild kompetens som skulle behöva utvecklas hos medarbetare, exempelvis genom utbildning i hur denna typ av samtal genomförs på effektivt sätt. Även om flera verksamheter framför att de är nöjda med tolkarna de samarbetar med, menar några att det ibland förekommer brister både i tolkars kompetens (exempelvis de kunskaper som behövs för att tolka vårdsamtal generellt, och frågor om suicidrisk och trauma specifikt) och kontinuitet (att samma tolk återkommer under hel behandlingsserie). De specialiserade transkulturella verksamheterna beskriver båda att medarbetare har god kompetens i att genomföra tolksamtal, och att tolkförmedling fungera på tillfredsställande vis. Flera verksamheter anger att covid-19-pandemin medfört att flertalet tolksamtal sköts via telefon, vilket beskrivs som svårare än att genomföra dessa samtal i terapirummet.

Överföring från primärvården

Flera verksamheter beskriver att de arbetar kontinuerligt för god samverkan med primärvården och att samarbetet fungerar väl. En svårighet som framförs gällande samarbete med primärvården är när verksamheten kan erhålla remisser från upp mot 100 olika vårdcentraler. Flera verksamheter beskriver att de upplever brister från primärvården gällande a) diagnosticering av PTSD och b) behandling av PTSD.

Diagnostik. I hälften av intervjuerna (8 av 15) beskrivs att diagnostisk kompetens alltför ofta saknas i primärvården. Ett centralt problem här beskrivs som överdiagnostik: att exponering för traumatisk händelse (A-kriteriet för PTSD-diagnos) uppfylls, men inte övriga diagnoskriterier. Exponering för traumatisk händelse likställs då felaktigt med PTSD-diagnos. Intervjupersonerna beskriver också att A-kriteriet ibland förbises och PTSD-diagnos ställs utan denna grundförutsättning, exempelvis vid utsatthet för smärtsam, men inte traumatisk, händelse.

Behandling. I majoriteten av intervjuerna (10 av 15) framkommer att behandlingsförsök för PTSD sällan erbjudits i primärvården. Istället remitteras patient till psykiatrin, oftast innan någon insats genomförts i primärvården eller utan fullständigt behandlingsförsök.

Parallell problematik

Verksamheterna beskriver att det vid sidan av PTSD är vanligt med parallell psykiatrisk och/eller social problematik (såsom depression, emotionell instabilitet, alkohol- eller substansberoende, fattigdom eller osäker boendesituation). Parallell problematik beskrivs som en försvårande omständighet för effektiv PTSD-behandling.

Flera verksamheter anger att sekventiella insatser inte alltid är optimalt och arbetar mot koordinering vid mångfacetterad problembild. Sådan samordning beskrivs dock som tids- och resurskrävande. Det framkommer också argument för att initiera en insats i taget, exempelvis att kuratorsinsatser erbjuds först och att behandling för PTSD påbörjas därefter. Det beskrivs också att parallell kuratorskontakt kan ha en lugnande effekt, även om sociala problem inte går att lösa, och att den traumafokuserade behandlingen på så vis fredas.

Flera verksamheter beskriver upparbetat samarbete med andra aktörer, såsom socialtjänst och beroendevård. Vid samtidigt beroende anges samarbete som viktigt för att minska risken att patienter faller mellan stolarna och det skiljer sig mellan verksamheterna i hur detta samarbete beskrivs fungera. Integrerad behandling där vård för beroende och PTSD ges inom ramen för samma behandlingsmanual, såsom concurrent treatment of PTSD and substance use disorders using prolonged exposure (COPE), beskrivs som ett bra alternativ.

Orsakskoder i Take Care

I Take Care finns möjligheten att registrera orsakskod som tillägg till PTSD-diagnos. Exempelvis kan Y07.3 kodas för ”Misshandel utövad av myndighet” (dvs tortyr). Vid intervjuerna framkommer att ingen av verksamheterna systematiskt använder sig av detta. Flera respondenter anger att det sannolikt skulle finnas fördelar med sådan kodning, medan sekretessmässiga farhågor kopplade till om sådan kod blir synlig i journalsystemet också framkommer.

Effekter av covid-19-pandemin

Frågor om effekter av covid-19-pandemin ställdes inte explicit, men uppkom spontant i vissa intervjuer. Återkommande beskrivs att pandemin påverkat möjligheten att erbjuda gruppbehandlingar. Detta påverkar indirekt patientgruppen med PTSD eftersom väntetider kan öka om behandlare ger individuell behandling inom de flesta diagnosområden. Det framkommer även att genomförandet av vissa exponeringsövningar försvåras vid digitala terapier.

Framtida utvecklingsmöjligheter

Intervjupersoner beskriver en rad potentiella utvecklingssteg för att förbättra omhändertagandet av patienter med PTSD, varav en del förändringar redan påbörjats inom vissa verksamheter. Prioriterade förändringar som anges är att:

- kontinuerligt utvärdera behandlingseffekt under behandling (och avsluta ineffektiv behandling),
- systematiskt utvärdera behandlingseffekt på gruppnivå för att vägleda omhändertagande,
- öka identifiering av traumatiska erfarenheter,
- förbättra diagnostik (både i egen verksamhet och primärvården) med fokus på både över- och underdiagnostik,
- öka kunskap om komplex PTSD enligt ICD-11 för korrekt diagnostik,
- öka kunskapen om effektiv behandling vid komplex PTSD,
- kunna förutse efterfrågan på PTSD-behandling i relation till andra diagnoser för att effektivt fördela resurser,
- ge tidiga och korta insatser för PTSD (exempelvis inom primärvården),
- öka kunskap om hur behandling kan modifieras vid dissociativa symtom,
- bredda behandlingsutbudet (exempelvis genom att kunna erbjuda olika varianter av TF-KBT såsom CPT, KT och NET, liksom ökad tillgång till EMDR),
- förbättra somatisk utredning och vård,

- utveckla samarbete med barn- och ungdomspsykiatrin när barn och förälder varit med om samma trauma,
- övergå till centraliserad organisation med specialiserad enhet med hög kompetens och brett behandlingsutbud,
- förbättra följsamhet med det regionala vårdprogrammet,
- bredda insatser när behandling med evidensbaserad manual inte varit effektiv (exempelvis genom att vid svåra fall involvera fler resurser och professioner med både somatisk och psykiatrisk kompetens, samt utöka omhändertagande, inklusive stabiliserande åtgärder inför och under behandling),
- förbättra arbetet med vårdplaner, så att alla patienter har tydlig sådan,
- öka transkulturell kompetens både i primärvård och psykiatri,
- få tillgång till skattningsformulär för PTSD-symtom anpassade för patienter med migrationsbakgrund,
- öka möjlighet för längre och fler sessioner vid exempelvis PE-behandling, liksom möjlighet för intensiva behandlingsformat,
- förtydliga remisskriterier så att specialiserade verksamheter får rätt patienter, och att
- oftare och snabbare starta exponeringsbaserad behandling (undvika lång stabiliseringsfas).

Sammanfattning av intervjuer utifrån frågeställningarna

Frågeställning 1 - Organisation

Majoriteten av verksamheterna arbetar utifrån en decentraliserad organisationsstruktur där patienter erhåller PTSD-behandling spritt över mottagningar. En verksamhet tillämpar en utpräglat centraliserad organisation där traumavård erbjuds inom ett specialiserat program, medan en verksamhet har organiserat sig genom att traumavård ges på några utvalda mottagningar.

Frågeställning 2 - Väntetider till psykologisk behandling

Majoriteten av verksamheterna (8 av 15) beskriver att de inte har möjlighet att påbörja psykologisk behandling inom garantitiden (90 dagar). Fem verksamheter beskriver sig kunna påbörja behandling inom garantitiden, två av dessa med enbart några veckors väntetid.
En verksamhet har hittills kunnat hålla garantitiden, men p.g.a. stort inflöde av remisser befaras detta inte hålla framgent. En verksamhet har korta väntetider överlag, men håller garantitiden på en av sina mottagningar.

Flera verksamheter anger svårigheter med att få fram exakt data avseende väntetider. Ett problem som beskrivs är att väntetider som beräknas från basutredning till psykologisk behandling inte avspeglar faktisk väntetid: för en del patienter bedöms inte PTSD-behandling lämpligt som första intervention, exempelvis vid komorbiditet som först behöver insats.

Frågeställning 3 – Vårdkvalitet

Psykologiska behandlingar som erbjuds

Det regionala vårdprogrammet för PTSD i Stockholm rekommenderar behandling med antingen traumafokuserad KBT (TF-KBT) eller eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Samtliga verksamheter anger att de erbjuder TF-KBT. Prolonged exposure (PE) erbjuds av alla verksamheter, i många fall som förstahandsval och med mest utbredd kompetens bland behandlare. Inom TF-KBT erbjuds även narrative exposure therapy (NET; fem verksamheter), kognitiv terapi (KT; två verksamheter), cognitive processing therapy (CPT; en verksamhet) och concurrent treatment of PTSD and substance use disorders using prolonged exposure (COPE; en verksamhet). Traumabehandling sker även inom ramen

för dialektisk beteendeterapi (DBT) inom tre verksamheter. Utöver TF-KBT erbjuder 10 verksamheter EMDR. Sju verksamheter har psykodynamisk terapi (PDT) i behandlingsutbudet, även om fyra av dessa anger att detta inte är förstahandsvalet. Två verksamheter erbjuder Lifespan integration.

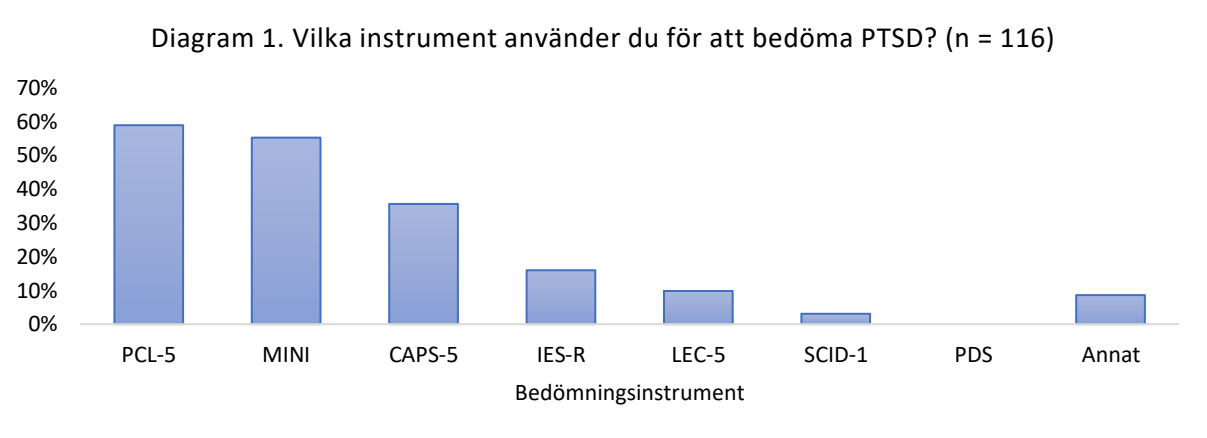
Symtommätning med PCL-5
Det förekommer stor variation mellan verksamheter rörande hur mätning av PTSD-symtom med PCL-5 tillämpas. Som minimum verkar samtliga verksamheter använda PCL-5 som del i basutredning, medan uppföljande mätningar är mindre systematiserat. I nuläget saknas till stor utsträckning data avseende behandlingsresultat för patienter med PTSD.

Benzodiazepiner
Utifrån den initiala förhoppningen om att kunna erhålla information från Take Care ställdes inte frågan om benzodiazepiner till verksamheterna.

Enkätundersökning

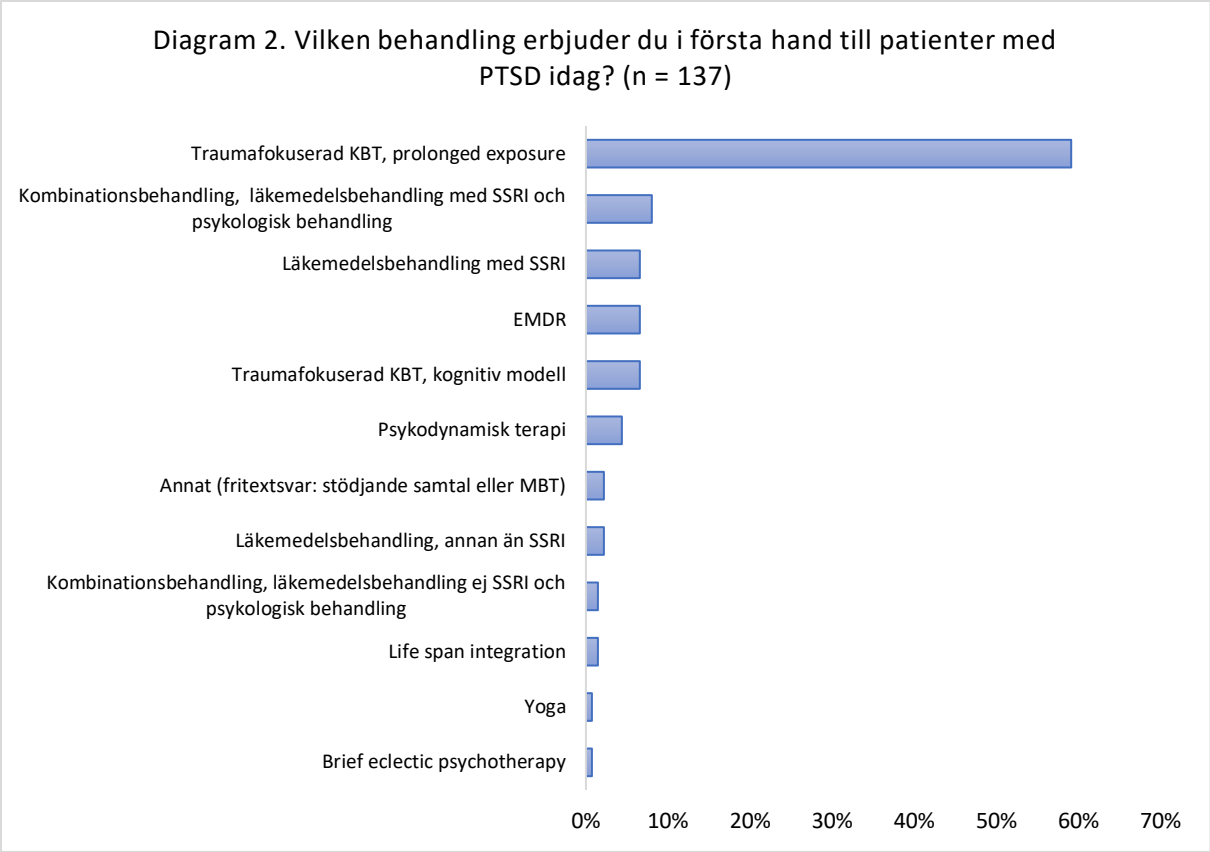
Enkäten besvarades av 163 personer, både medarbetare och chefer, inom vuxenpsykiatrin i Region Stockholm. Majoriteten av de vuxenpsykiatriska verksamheterna finns representerade bland respondenterna. Åtta respondenter angav att de arbetar inom specialistenhet för behandling av trauma. Eftersom enkätens ursprungliga syfte var bredare än föreliggande rapports fokus kommer endast ett urval av de ursprungliga enkätfrågorna att rapporteras här.

En majoritet av respondenterna använder PCL-5 och/eller Mini Neuropsychiatric Interview (MINI) vid bedömning av PTSD. Se Diagram 1 för andel respondenter som angivit att de använder respektive bedömningsinstrument.



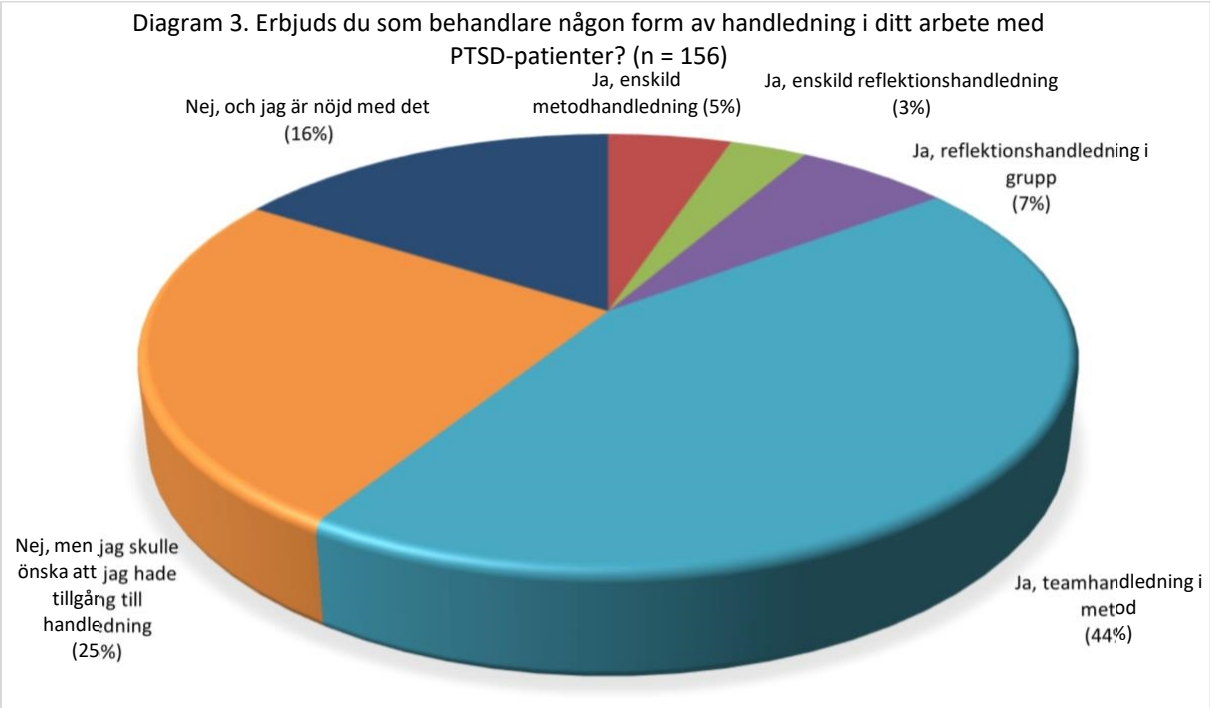
Förklaring. Respondenter hade för denna fråga möjlighet att svara jakande på flera alternativ, totala andelarna överstiger därför 100%. Av respondenterna var det 47 som angav att de inte gör PTSD-bedömning. PCL-5 = Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 ; MINI = Mini Neuropsychiatric Interview; CAPS-5 = Clinician-Administered PTSD Scale; IES-R = Impact of Event Scale-Revised; LEC-5 = Life Events Checklist; SCID-1 = Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders; PDS = Posttraumatic Diagnostic Scale.

En majoritet av respondenterna (66%) angav att de erbjuder TF-KBT som förstahandsval vid behandling av PTSD (59% med PE och 7% med KT) och 7% angav att de erbjuder EMDR som förstahandsval. För övriga förstahandsbehandlingar, se fördelningen i Diagram 2.



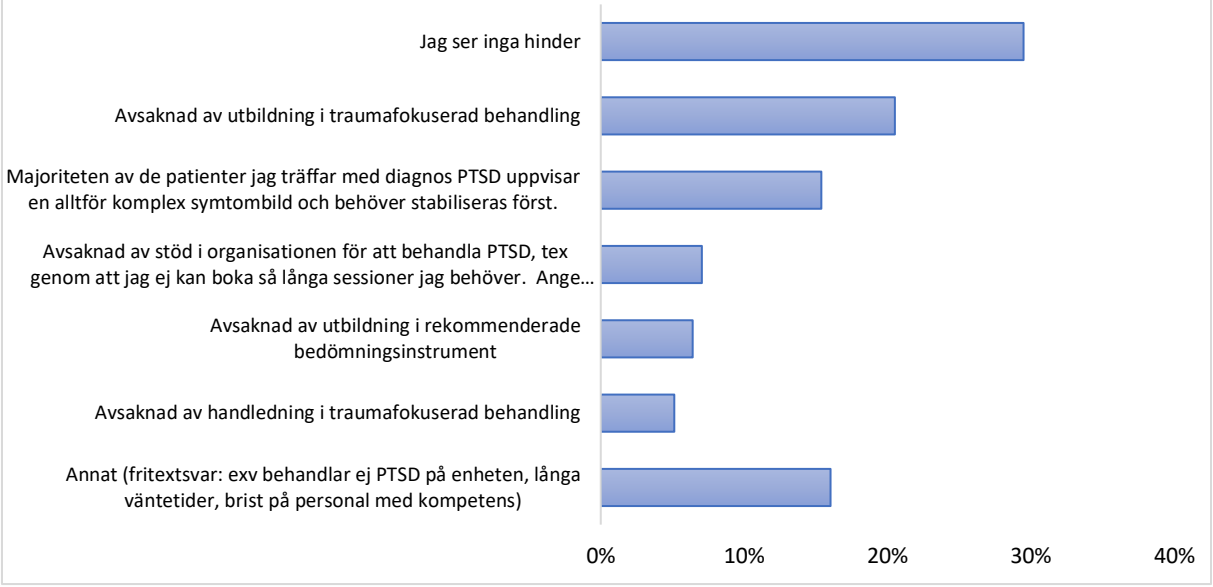
Förklaring. KBT = kognitiv beteendeterapi; SSRI = selektiva serotoninåterupptagshämmare; EMDR = eye movement desensitisation and reprocessing; MBT = mindfulness based therapy

En majoritet av respondenterna (59%) erbjuds handledning i någon form, vanligast genom teamhandledning i grupp. En fjärdedel av respondenterna hade inte tillgång till handledning men önskade sådan. Se Diagram 3.



En majoritet (71%) av respondenterna angav att de ser hinder för att använda rekommenderade instrument vid diagnosticering samt för att erbjuda evidensbaserad behandling. Det vanligast förekommande hindret (21%) var avsaknad av utbildning i traumafokuserad behandling. Se Diagram 4 för fördelning av angivna hinder, samt andel som inte ser några sådana.

Diagram 4. Vilka hinder om några ser du på din enhet för att använda dig av rekommenderade instrument vid diagnosticering och evidensbaserad behandling av PTSD? (n = 156)



Respondenterna angav behov av flera olika typer av utbildningsinsatser för att förbättra omhändertagandet av patienter med PTSD. De vanligast förekommande svaren var behov av utbildning i: diagnosticering med intervju och självskattning (49%); behandling med traumafokuserad KBT med exponering (43%); och screening av PTSD (37%). Se Diagram 5 för fördelning enligt övriga insatser.



Förklaring. Respondenter hade för denna fråga möjlighet att svara jakande på flera alternativ, totala andelarna överstiger därför 100%.

Sammanställning från brukarföreningen Equal

Brukarföreningen Equal ombads inkomma med information till denna rapport. Inom ramen för Qvinnoqraft, en verksamhet inom Equal för kvinnor i social utsatthet, har nio aktuella besökare med PTSD intervjuats utifrån sina erfarenheter av vården. Dessa intervjuer, samt en sammanfattning av centrala brister i vården och förslag på förbättringar, återfinns i sin helhet i Bilaga 3. I sammanställningen beskrivs personer med långvarig och komplex problembild, ofta med multipla trauman från barndomen, där både tillgänglighet och innehåll i vården inte möter behoven.

Diskussion

Syftet med föreliggande rapport var att inventera omhändertagandet av patienter med PTSD i vuxenpsykiatrin i Region Stockholm. Rapporten är baserad på intervjuer med representanter från de vuxenpsykiatriska verksamheterna, enkätundersökning med medarbetare och chefer, samt erfarenheter från brukarföreningen Equal. Dessa informationskällor har givit en övergripande bild av traumavården. Avsaknaden av tillförlitlig journaldata omöjliggör dock mer detaljerad kartläggning av faktiska förhållanden. Inventeringen har utifrån ovan tydliggjort flera utvecklingsmöjligheter.

Rekommendationer

Utveckling inom följande områden bedöms kunna gynna omhändertagandet av patienter med PTSD:

- *Öka andelen patienter som erhåller evidensbaserad behandling*
  Även om en relativt stor andel av patienter med PTSD i dagsläget verkar erbjudas evidensbaserad psykologisk behandling (TF-KBT eller EMDR), så förekommer även andra behandlingar. Exempelvis bör psykodynamisk terapi endast erbjudas inom ramen för forskning och utveckling (Socialstyrelsen, 2020). Ytterligare steg bör tas mot att förstahandsbehandling vid PTSD överensstämmer med evidensläget. Ökade utbildningsinsatser samt tillgång till handledning är viktiga steg i denna riktning.

- *Öka användning av symtomskattningar och regelbunden utvärdering*
  Det finns stora fördelar med att symtomskattningar (utifrån nuvarande kunskapsläge är PCL-5 ett bra alternativ) systematiskt görs före, kontinuerligt under, och efter behandling. Detta främjar både monitorering av progress i det enskilda ärendet och möjligheten att utvärdera behandlingseffekter i större skala. (Det finns även undantag från när det är lämpligt att frekvent använda PCL-5, exempelvis när språkliga hinder gör att alltför mycket sessionstid skulle tas i anspråk).

- *Öka fokus på tillförlitlig och jämförbar statistik av behandlingseffekter*
  Information om behandlingsresultat för respektive verksamheter är idag svåråtkomlig. Ökad standardisering skulle möjliggöra att data kontinuerligt kan uthämtas och användas som vägledning för vårdutveckling (se Clark, 2018, för exempel på detta). Framöver skulle det vara lämpligt att vidareutveckla kvalitetsindikatorerna i RVS-PTSD med en indikator avseende behandlingsutfall, med målnivå (exempelvis andel i remission och med reliabel förbättring) etablerad i linje med aktuell forskning. För ökad upplösning i uttagbar statistik vore även ny KVÅ-kod i Take Care lämpligt, som anger ”TF-KBT” och kanske även vilken form av TF-KBT som erbjuds (i nuläget finns enbart KVÅ-koden ”KBT”, vilken hänvisar till en bred uppsättning behandlingar).

- *Förbättra identifiering och diagnostik*
  Det verkar finnas ett underskott från vårdpersonals sida, både i psykiatrin och andra delar av vården, avseende att fråga patienter om erfarenhet av traumatiska händelser. Att systematiskt ställa frågor om tidigare och pågående våldsutsatthet skulle kunna öka identifiering av patienter i behov av traumavård liksom andra insatser. Likaså skulle registrering av orsakskoder i Take Care kunna gynna patienter, kanske oavsett traumatyp men särskilt för patienter som varit utsatta för tortyr (se Transkulturellt Centrums hemsida https://www.transkulturelltcentrum.se/vara-kunskapsomraden/tortyrskador/ för motivering till orsakskodning avseende

exempelvis möjlighet till anpassat bemötande och som underlag för dimensionering av vården). Vidare verkar utbildningsinsatser behövas för att stärka diagnostisk kompetens i flera delar av vården.

- *Korta ner väntetider med bibehållet fokus på vårdkvalitet*
  Flera verksamheter har relativt långa väntetider till behandling för PTSD och samtidigt är i många fall de faktiska väntetiderna oklara p.g.a. att det saknas etablerade mätmetoder. Med nytt sökord i Take Care (”Vårdåtagande vid enheten avser”) kan väntetider estimeras med större tillförlitlighet vilket är viktig information i arbetet mot högre tillgänglighet. I strävan mot förkortade väntetider är det dock av stor vikt att vårdkvalitet samtidigt står i fokus. Ensidigt fokus på väntetider kan potentiellt leda till åtgärder som inte gynnar patientgruppen (förkortade behandlingar, mindre samverkan i svåra ärenden, nekade remisser etc.). I linje med detta finns utvecklingsmöjligheter avseende utvärdering av nya behandlingsformat såsom intensiva behandlingsupplägg, internetbehandling samt blandade behandlingsupplägg (kombination av internetbehandling och individuella sessioner).

- *Insatser för de med störst behov*
  För subpopulationen inom PTSD med multipla trauman och bred/komplex problembild behöver det säkerställas att resurser finns för att ge tillfredsställande insatser, både i form av psykologisk behandling och vid behov samverkan med andra aktörer. Det är samtidigt viktigt att poängtera att forskning pekar mot att TF-KBT och EMDR är effektiva behandlingar även vid hög symtombelastning och samsjukslighet (Foa, Gillihan, & Bryant, 2013; Karatzias et al., 2019; van Minnen, Zoellner, Harned, & Mills, 2015)

Primärvården, barn- och ungdomspsykiatrin, specialistvård för ätstörningar, beroendevård och rättspsykiatri omfattas inte av denna inventering. För överblick av traumavården i Region Stockholm behöver även dessa delar av vården kartläggas.

Referenser

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Trauma Stress, 28*(6), 489-498. doi:10.1002/jts.22059

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. (2020). *Coronapandemin och psykisk hälsa - En prognos om kort- och långsiktiga effekter*. Retrieved from Hämtad från: https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-psykisk-halsa---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter_uppdaterad-2020-04-28.pdf

Clark, D. M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annu Rev Clin Psychol, 14*, 159-183. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behav Res Ther, 43*(4), 413-431. doi:10.1016/j.brat.2004.03.006

Foa, E. B., Gillihan, S. J., & Bryant, R. A. (2013). Challenges and Successes in Dissemination of Evidence-Based Treatments for Posttraumatic Stress: Lessons Learned From Prolonged Exposure Therapy for PTSD. *Psychol Sci Public Interest, 14*(2), 65-111. doi:10.1177/1529100612468841

Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O., Rauch, S. A. M., & Pettersson, K. (2021). *Prolonged exposure terapeutmanual : emotionell bearbetning vid ptsd*. Stockholm: Natur & Kultur.

Frans, O., Rimmo, P. A., Aberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand, 111*(4), 291-299. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x

Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., . . . Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med, 49*(11), 1761-1775. doi:10.1017/S0033291719000436

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry, 62*(6), 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617

Santiago, P. N., Ursano, R. J., Gray, C. L., Pynoos, R. S., Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R., . . . Fullerton, C. S. (2013). A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *PLoS One, 8*(4), e59236. doi:10.1371/journal.pone.0059236

Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy : a short-term treatment for traumatic stress disorders*. Ashland, Ohio: Hogrefe & Huber.

Socialstyrelsen. (2020). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - Stöd för styrning och ledning*. Retrieved from Hämtad feb 2020 från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-9-6936.pdf

van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mills, K. (2015). Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: a literature review. *Curr Psychiatry Rep, 17*(3), 549. doi:10.1007/s11920-015-0549-1

Bilagor

Bilaga 1. Verksamheter och intervjupersoner

Verksamhet	**Intervjuperson (befattning)**
SLSO	
Norra Stockholms psykiatri	Joakim Lagerström (verksamhetschef) Katarina Pousette (processägare PTSD)
Psykiatri Nordväst	Emanuele Del Giudice (läkarchef öppenvård) Martina Wolf Arehult (sektionschef öppenvård)
Psykiatri Sydväst	Lina Martinsson (verksamhetschef) Veronica Sveréus (vårdenhetschef Affektiva-, Ångest- och Traumaprogrammet) Peter Renblad (medicinskt ansvarig läkare Traumaprogrammet samt processägare PTSD) Hannes Hedblad (psykolog Traumaprogrammet)
Psykiatri Södra Stockholm	Svante Nyberg (verksamhetschef) Liselott Kullberg (processägare PTSD)
Psykiatricentrum Södertälje	Catharina Hellerstedt (vikarierande processägare PTSD)
Privat	
Aleris Psykiatri Järva	Annie Norell (enhetschef allmänpsykiatri Spånga)
Aleris Psykiatri Nordost	Jessika Klein Exner (enhetschef allmänpsykiatri Danderyd) Sofia Åhlqvist (kvalitetschef Aleris Psykiatri)
Aleris Psykiatri Trauma och stress	Mikaela Lindström (biträdande enhetschef Aleris Psykiatri Trauma och stress)
Capio Centrum för stress och trauma	Susanne Hellström (regionchef Capio Psykiatri Stockholm Södra) Mathyos Azou (enhetschef Capio Centrum för stress och trauma)
Capio Ångest och depression	Susanne Hellström (regionchef Capio Psykiatri Stockholm Södra) Cecilia Olsson Lynch (enhetschef Capio Depression/ ångest)
Capio Psykiatri Stockholm	Susanne Hellström (regionchef Capio Psykiatri Stockholm Södra) Johanna Mehra (enhetschef allmänpsykiatri Södermalm)
Capio Psykiatri Jakobsberg	Paul Howard (regionchef Capio Psykiatri Stockholm Norra) Anna Fahlgren (enhetschef allmänpsykiatri Jakobsberg)
Prima Vuxenpsykiatri Liljeholmen	Lars Öhrmalm (enhetschef Prima Vuxenpsykiatri Liljeholmen)
WeMind Ångest och depression	Lisa Wahlström Amnéus (verksamhetschef) Elin Robertsson (psykologchef WeMind Depression/ ångest)
WeMind Sydost	Lena Lundholm (biträdande verksamhetschef)

Bilaga 2. Intervjumall, översyn vård av PTSD i vuxenpsykiatrin

Frågor:

1. **Hur är verksamheten organiserad för att omhänderta ptsd-patienter, var får de traumavård (ffa behandling men även bedömning) inom verksamheten?**
   Specifikationer:
   - Finns specifik traumamottagning eller ett trauma-team? Om ja, ska alla patienter remitteras dit för ptsd-behandling? Hur hanteras när patient har flera diagnoser, exv ej primär ptsd?
   - Omhändertas/behandlas ptsd-patienter på alla (eller flera) av verksamhetens mottagningar?
   - Remitteras ptsd-patienter till mottagning utanför verksamheten?

   Tillägg: För verksamhet med specialiserad enhet eller för avtal med särskilt traumafokus:
   - Varifrån kommer merparten av patienterna (primärvården, psykiatrin, egenanmälan, annat)?
   - Vilka patienter har enheten (bara ptsd eller andra också)?

2. **Finns några planer på förändringar i organisationen kring omhändertagandet av ptsd-patienter?**

3. **Upplever du/ni att verksamheten är dimensionerad för att ta hand om ptsd-patienter?**
   Specifikation:
   - Finns balans mellan söktryck och möjlighet att ge dessa patienter vad de behöver?

4. **Hur ser samarbetet ut med primärvården gällande omhändertagande av ptsd-patienter?**
   - Vad funkar? Vad funkar inte? Hur avgörs var patient får behandling - gränsdragningssvårigheter?

   Tillägg: För traumaavtal: Hur ser gränsdragningen ut mot resten av vuxenpsykiatrin?

5. **Hur hanterar ni omhändertagandet av ptsd-patienter med parallell problematik?**
   Specifikation:
   - Annan psykiatrisk problematik eller exempelvis beroende, sociala/ekonomiska problem)?

6. **Kvinnor som utsatts för (sexuellt) våld:**
   - Finns kompetens för att bemöta/bedöma/behandla denna patientgrupp?
   - Finns luckor i vården för denna patientgrupp?

7. **Patienter med migrationsbakgrund och trauma (dvs traumatiska upplevelser kopplat till migration: innan, under, efter):**
   - Finns transkulturell kompetens för att bemöta/bedöma/behandla denna patientgrupp?
   - Finns tillgång till tolkar vid behov? Utgör detta hinder för att bedöma och behandla ptsd?
   - Remitteras dessa patienter vidare (till specialistmottagning, Capio/Aleris)?

8. **Hur lång väntetid det är mellan PTSD-diagnos, eller beslut om psykologisk behandling för PTSD, och påbörjad psykologisk behandling (KBT eller EMDR eller annan) inom verksamheten?**

9. **Vilka psykologiska behandlingar för ptsd erbjuds inom verksamheten?**
   Specifikation:
   - PE? KT? NET? EMDR? Andra?

10. **Utvärderas följsamhet med det regionala vårdprogrammet för ptsd inom verksamheten? Hur?**

11. **Finns framtida förändringar i traumavården som du/ni tycker är av hög prioritet?**

12. **Finns riktlinjer för vilka utbildningar i ptsd-behandling som medarbetare skickas till?**

13. **Finns direktiv inom verksamheten att koda typ av trauma (t.ex. Y07.3 för tortyr eller XXX för sexuellt övergrepp)?**

Traumavården i Stockholm ur ett patientperspektiv

Om rapporten

Equal har ombetts att skriva en delrapport till Region Stockholms översyn av traumavården i regionen. Vi har intervjuat nio aktuella besökare i vår verksamhet Qvinnoqraft om hur de mår, hur lever, hur deras vårdkontakter och medicinering ser ut. Utifrån dessa berättelser samt vår verksamhet som träffat kvinnor med PTSD under många år lägger vi 15 förslag på förbättringar av vården.
Samtliga informanter har läst och godkänt sin del av rapporten. Sedan har föreningens styrelse, anställda samt informanter läst igenom och godkänt rapporten i dess helhet.
Rapporten har skrivits av föreningssekreterare Per Sternbeck.

Om Equal

Equal är en ideell förening. En majoritet av medlemmar och anställda har egen erfarenhet av missbruk/beroende, psykisk ohälsa och annan social utsatthet som t.ex. våld. Vi vet inte om vi vill betrakta oss som en brukarorganisation men arbetar alltid utifrån ett brukarperspektiv.
Equal verkar inom en skärningspunkt där människor med en ofta sammansatt problematik av beroende/missbruk, psykisk ohälsa och social utsatthet möts. Våra medlemmars och målgruppers livsföring präglas i princip alltid av djup fattigdom, bristande kunskap om rättigheter och möjligheter samhället erbjuder samt svårigheter att kommunicera med myndigheter på ett konstruktivt sätt.
Equal driver verksamheten Qvinnoqraft, ett träningsboende med stöd, verksamheten Socialt ombud samt har en omfattande rådgivnings- och informationsverksamhet via www.equalsthlm.se samt mejl och telefon.

Equals analys av traumavården i Region Stockholm

Vi lägger här 15 förslag eller påpekanden som vi är övertygade om leder till bättre vård och stöd för personer med PTSD/komplex PTSD om de genomförs eller beaktas.
Förslagen innebär en klar ambitionshöjning och möjligtvis också större kostnader för Region Stockholm. Å andra sidan ser vi hur personer med PTSD/komplex PTSD är stora vårdkonsumenter och ofta felbehandlas. Samhällsekonomiskt skulle en bättre fungerande vård på detta område vara mycket lönsam. Ur ett mänskligt perspektiv skulle en bättre fungerande vård minska lidandet för väldigt många personer i Stockholm.

1. Långa väntetider
Det råder ett underutbud av traumavård i Stockholm. Det leder till långa väntetider och svårt lidande under lång tid för mycket sköra personer. Det leder också till hög vårdkonsumtion i andra delar av vården. Det finns stor anledning att bygga ut vården så att väntetiderna minskar.

2. Höga trösklar för att få vård
Kraven traumavården ställer är höga. Ordnade förhållanden avseende boende och ekonomi. Inga kommande påfrestningar som rättegångar. Inget intag av psykoaktiva substanser. Kraven är många och hårda. För vissa omöjliga att uppfylla. Vad ska hända med dem?

3. Olika krav på nykterhet/drogfrihet/medicinfrihet
Det är omöjligt att få vård om man går på amfetamin eller alkohol på vissa inrättningar då man måste ha full tillgång till känslolivet. Samtidigt traumabehandlas patienter som får metadon och neuroleptika. Dessutom med viss framgång. Det går inte ihop, men det verkar vara den vanliga linjen.

4. Brist på utbud av behandlingsmetoder
EMDR och KBT exponeringsterapi är det som huvudsakligen erbjuds – paletten skulle behöva utökas. Det finns en ganska stor övervikt av personer vi intervjuat som haft en mycket otrygg barndom och därmed har en störd anknytning och stor brist på tillit till andra. EMDR och KBT berör knappt detta utan går direkt på traumat. Det kanske är effektivt i förhållande till traumat men är det effektivt om man ser till patientens hela mående? Det finns också data som pekar på att särskilt KBT är en behandlingsmetod med stor risk för återtraumatisering. Detta borde undersökas vidare.

5. Behandling och metoder för komplex PTSD saknas
Det är stor skillnad på PTSD och komplex PTSD. Om man levt med många olika trauman under många år, kanske dessutom påverkad av starka mediciner eller droger så tar detta längre tid att undersöka och reda ut än en enskild traumatisk händelse. Insikt om detta saknas idag i vården. Vården bedrivs med PTSD som mall. Med lång kontakt med vården finns också stor risk för negativa upplevelser i samband med vård. Vården måste hitta metoder för att närma sig detta faktum på ett förtroendegivande sätt.

6. Bristande längd i behandling – leder till stressade situationer vilket inte utgör optimal behandlingsmiljö
Max 20 behandlingstillfällen är mallen för vissa (inte på metadonsektionen). Detta leder till stress för både behandlare och patient. Man måste individualisera behandlingens längd och innehåll så att patienter får reella möjligheter att bli så friska som möjligt i förhållande till traumat. Sedan kanske de inte mår bra men ett mål måste vara att de ges förutsättningar att genom eget arbete må bra.

7. Regionen borde erbjuda HVB (Hem för Vård och Boende) eller slutenvård vid behandling av trauma/substansberoende
Det finns personer som dämpar traumasymtom med olika sinnesförändrande medel. När de slutar ta de psykoaktiva substanserna, för att till exempel kunna få tillgång till traumabehandling blir ångesten för svår vilket gör att de åter börjar ta substanserna vilket leder till att behandling av trauma inte medges.

Det finns HVB-hem specialiserade på denna sorts samsjuklighet. Dessa nyttjas av kommuner/regioner. Dock inte av region Stockholm. I Region Stockholm finns, till skillnad från i andra regioner, budgetmedel för HVB-placeringar endast för rättspsykiatrins patienter. Grundinställningen hos regionen är att man inte använder sig av HVB. Resultatet blir att en grupp

patienter med svår sjuklighet blir fast i dåligt mående och fortsatt substansberoende. Regionen borde öppna upp för medfinansiering till HVB-hem igen.

8. Regionen erbjuder inte stödfunktioner/samtal mellan behandlingstillfällen
Mallen verkar vara ett behandlingstillfälle i veckan om 40-45 minuter. Behandlingen tenderar att riva upp gamla minnen och sådant man trängt undan. Den som behandlas är helt ensam i att möta detta under tiden mellan behandlingarna. Vi har varit med om personer som fått avbrytas behandling pga. att de mått för dåligt mellan behandlingstillfällena. Även denna grupp borde kunna erbjudas HVB-hem/självvald inläggning/samtalsstöd under den tid behandlingen pågår.

9. Hur hanterar vården att patienter lever ett liv där man är ifrågasatt av Försäkringskassan eller socialtjänsten på ett ekonomiskt plan – detta utgör stora hinder för framgång i PTSD-behandling
Vi har talat med behandlare inom psykiatrin som har fått avbryta behandling då deras patienter inte haft tillräckligt med mat att äta eller kunnat betala hyran då Försäkringskassa eller socialtjänst nekat sjukpenning eller försörjningsstöd (eller bägge två vilket ofta är fallet då socialtjänsten går på FKs bedömning). Vad gör man i denna situation? Den enkla vägen är att avbryta behandlingen och be patienten komma tillbaka när de sociala förhållandena är bättre. Detta är lagligt, men är det etiskt?

10. PTSD förväxlas med ADHD
Det är och har länge varit väldigt ”inne” med neuropsykiatriska diagnoser i psykiatrin. Det är ingen slump att nästan alla informanter genomgått ADHD-utredning och också har fått en neuropsykiatrisk diagnos (NP) med tillhörande medicinering. Vår teori är att detta beror på att ADHD är en diagnos som man behandlar med medicin. Det kan man inte med PTSD. Det blir därför enklare, snabbare och billigare att ge en person en NP-diagnos än en PTDS/komplex PTSD- diagnos.

11. Man frågar inte efter trauman – man borde screena med tanke på utbredningen av våld mot kvinnor (och män)
Våld mot kvinnor är ett folkhälsoproblem. Våld mellan män, med skjutningar och grova misshandlar växer. Allt pekar på att problemen med PTSD redan är stora och kommer att växa. Detta gör att PTSD/komplex PTSD borde uppmärksammas ytterligare och att man rutinmässigt borde söka efter det. Hos kvinnor som uppsöker vården pga. PTSD då de varit utsatta av en man de haft relation med borde också deras barn undersökas om de är drabbade. Många av informanterna har haft en barndom som präglats av dysfunktionalitet i familjen, försummelse, våld och övergrepp.

12. Förvård
Många personer har gått i många år utan att få korrekt vård och hjälp. Många personer gör det fortfarande. Man använder droger, väntar på rättegångar, går på pengar från socialtjänst eller försäkringskassa och får kriga för sitt liv mot dem, uppfattas som för instabil i sitt mående för att kunna ta till sig en traumabehandling. Detta är kanske en medicinskt korrekt bedömning men för den det drabbar är det en katastrof. Man sitter fast i sitt dåliga mående och får kämpa mot övermäktiga förhållanden utan att få hjälp att bli av med dem. Detta är ett sätt för vården att hålla patienter ifrån sig. Det finns mycket att vinna (för patienterna) att försöka få in dem i en stabiliseringsfas som försätter dem i bättre skick och därmed mer redo att till sig en behandling än att bara lämna dem i sticket vilken sker nu. Vi driver en samtalsgrupp på detta spår – den utgår från att alla deltagare har traumatiska upplevelser i sin historia. Vissa har fått behandling, andra inte, somliga går i behandling. Vi utgår från trauman vad gäller mående men går aldrig in djupt i deltagarnas individuella trauman. Fokus ligger på hur man hittar överlevnad i sitt dåliga mående och i förhållande till det omkringliggande samhället. Modellen fungerar bra och gruppen är viktig för deltagarna. Vi tror att modellen skulle kunna användas av sjukvården i liknande syfte.

13. Eftervård
Det finns också behov av eftervård. Man mår bättre, men inte bra när man avslutat en behandling. Man är fortsatt ganska instabil men får klara detta själv. Många gör inte det. Även i detta tror vi att samtalsgrupper som fortsätter träffas under en period, kanske en lång period, kan vara viktiga stödfunktioner för att minska återfall i dåligt mående och för att ge kraft så att personen orkar fortsätta kämpa med sitt mående.

14. Stor vårdkonsumtion – risk för felbehandling och vårdskada
Denna grupp konsumerar stora mängder sjukvård under långtid före behandling och i viss mån efter behandling. Det skulle finnas vinster för vården att bli bättre på att hitta patientgruppen. Detta gäller särskilt gruppen med komplext trauma. Många andra diagnoser sätts in med tillhörande medicinering. Ibland leder detta till direkt felmedicinering med risk för vårdskada och att underliggande sjukdom döljs av felaktiga diagnoser samt biverkningar från psykofarmaka.

15. Ekonomisk utsatthet – förstärkt av att de flesta lever ensamma
De flesta som besöker oss lever i ekonomisk utsatthet. Man är sjukskriven, har sjukersättning, låg pension, går på försörjningsstöd. Den ekonomiska utsattheten förstärks av att man har fortsatta problem i relationer till andra, främst män. Att leva i ensamhushåll innebär per definition större ekonomiska påfrestningar och större ekonomisk utsatthet än om man är två eller flera som delar på fasta utgifter. Dålig ekonomi är negativt för den psykiska hälsan liksom bra ekonomi är gynnsam. Detta är faktorer man borde uppmärksamma mer i vården och kanske fråga kring.

Livssituationer

Följande berättelser är hämtade från kvinnor Equal har kontakt med för närvarande. Vi har inte letat särskilt utan det är kvinnor som deltar i verksamheten och som vi har frågat om de vill vara med. Alla som vi tillfrågat har velat delta. Vi har under åren träffat på ett stort antal kvinnor med liknande problem och livssituationer. Gemensamt är att de sitter fast i ett dåligt eller instabilt mående. En bidragande orsak till det är den ekonomisk osäkerhet de lever under och den stress detta för med sig. Det är omöjligt att läka fullt ut om man samtidigt går med en ständig oro för om man har någonstans att bo om tre månader. Denna aspekt är mycket viktig att vården har med när de ska behandla dessa kvinnor. Man kan göra det som sker i stor utsträckning nu, säga att deras levnadsförhållanden är så osäkra att de inte kommer i fråga för behandling. En helt annan linje är att man jobbar med att stabilisera kvinnornas mående samtidigt som man konkret arbetar för att stärka upp deras ekonomi och göra deras tillvaro mer säker så att de ska kunna komma i åtnjutande av behandling.

Informant A

Diagnos i annan region räknas inte

Ålder: 48	Ensamhushåll.
Försörjning:	Försörjningsstöd.
Diagnoser:	PTSD, Emotionell Instabil personlighetsstörning, bipolär 1, utreds för ADHD ätstörning, skall utredas för ADHD/ADD.
Vård:	
Andra insatser:	Kontakt med våld i nära relationer.
Mediciner:	De har provat alla på mig men det funkade inte.

A utsattes 2016 för ett mordförsök genom strypning av mannen hon hade en relation med. Han blev senare dömd för misshandel i flera fall och grov kvinnofridskränkning. A utvecklade snabbt symtom på PTSD:

- Det var snart 5 år sedan. På de åren har det blivit konsekvenser. Jag törs inte vara i större sammanhang. Jag har starka rädslor för att någon ska komma och skada mig. Jag kan inte söka jobb. Jag är inte den jag var innan. Jag reagerar genom att frysa till is vid oväntade händelser. Så har jag aldrig varit förut, jag har alltid reagerat. Jag är inte längre lika social, vågar inte. Jag misstror människor, har tappat tilliten. Jag vågar inte knyta an och kan bli omotiverat rädd för människor. Han lovade att sända ut någon som skulle hjälpa honom att döda mig och det där finns i mig.

- *Jag har blivit mer forcerad efter 2016. Jag vet inte om det beror på ADHD:n eller PTSD:n. Närmaste tiden efter mordförsöket la jag mig aldrig i sängen utan satt i soffan med kläderna på för att jag var så rädd. Jag måste kunna fly snabbt. PTSD påtalades när jag kom in på sjukhuset av läkaren med strypmärken på halsen. Läkaren såg hur traumatiserad jag var.*

Efter mordförsöket fick A skyddade personuppgifter och flyttade till Umeå på grund av hotbilden. Där konstaterades att hon hade PTSD och hon ställdes i kö till EMDR-behandling.

- *Jag var nästan framme för behandling i Umeå när jag flyttade tillbaka till Stockholm. Då försökte jag få EMDR här, men min kötid i Umeå räknades inte. Det är ju bra om man får göra behandling i närtid, sa jag, men det var inte aktuellt. Nu vill väld i nära relationer att jag ska kollas för PTSD här.*

- *Jag gick med Jasmine till Rosenlund och där fick jag träffa en läkare på jour- och bedömning. Efter ett samtal bedömde hon att jag hade mer ADHD än PTSD och satte mig i kö till ADHD-utredning. Jag har väntat nu i 2,5 år på ADHD-utredningen. Det ena tycktes ha uteslutit det andra, men man kan väl ha bägge två?*

- *Jag har aldrig fått gå i terapi för att reda ut traumat. Det känns som att jag skulle behöva bli omdirigerad i hjärnan. Det här har inskränkt mig och mitt liv enormt.*

- *Jag sökte en kvinnobehandling på annan ort som är för kvinnor som varit i såna här förhållanden. Jag fick avslag för soc ville att jag skulle ha öppenvårdsbehandling istället men jag vågade inte gå till den behandlingen så det blev ingen behandling.*

- *Jag hoppas på att bli hjälpt så att jag ska förstå att jag inte kan göra alla människor till förövare. Annars kan jag inte leva. Jag kan ju inte låsa in mig. De sista två åren innan jag gick till Qvinnoqraft satt jag inlåst i min lägenhet. Jag hade inga sociala kontakter kvar i Stockholm och vågade inte ta nya. Hade fått skyddad id. Då betyder det ju att jag ska vara skyddad. Jag satt och övervägde om att aldrig mer prata eftersom det inte var någon som lyssnade.*

- *Jag har blivit så känslig för plötsliga ljud. Förut har jag kunnat gå ute och lyssna på musik men det vågar jag inte längre. Jag måste ju lyssna på omgivningen. Jag smyger omkring i min lägenhet för att jag är rädd att någon ska höra mig och komma.*

- *Jag har blivit extremt stresskänslig men jag skulle aldrig kunna ta emot tabletter eller så, jag måste ha full koll på allt och alla hela tiden så att ingen kan komma nära mig och skada mig.*

- *Jag blev dömd tillsammans med mitt ex eftersom han haft narkotikacentral i min lägenhet. Jag dömdes till skyddstillsyn. De ville göra en ADHD-utredning på mig men inte en PTSD-utredning. Jag kom till domstolen jätteuppvarvad. Jag hade blivit utsatt för mordförsök genom strypning och får vistas i samma rum som han men de tolkar det som ADHD.*

A får kriga med socialtjänsten varje månad för att få ut sitt försörjningsstöd:
- Traumat gör att jag inte funkar men soc ser ju inte det. Tar ingen hänsyn till det. Jag blir också ett offer för nya sjuka relationer. När jag ringer till Alla kvinnors hus kan de ge mig samtalsbehandling. Jag söker kostnaden av soc, 200 kr/gång, men de beviljar det inte. De trycker på så mycket så att AF säger att de backar. Vi kan inte pusha A mer. Det är AF som varit det stöd som gjorde att jag ringde kommunen våld i nära relationer. Man måste vara stark för att visa sig sårbar och ens få nån hjälp. De tror bara att man är ute efter att nyttja systemet.

- Jag vill ha jobb, jag vill ha lön, leva mitt eget liv men att hela tiden bli behandlad med misstro, att jag satt det här i system. Det tär på mig.

Informant B

Det krävs radikal acceptans för att acceptera radikal acceptans

36	Ensamhushåll.
Försörjning:	Sjukersättning.
Diagnoser:	PTSD, ADHD (vet att jag inte har ADHD), OCD. I journaler framgår att E dessutom haft ADHD, schizofreni, schizoaffektivt syndrom, personlighetsstörning.
Vård:	Genomgår traumabehandling EMDR på Huddinge.
Andra insatser:	Har boendestöd från socialpsykiatrin.
Mediciner:	Venlafaxin, Pregabalin, Alimenazin, Stesolid, Stilnoct.

B blev våldtagen av en granne som sexåring. Hennes familj präglades av icke-kommunikation och var inte kapabel att hjälpa barnet med sin upplevelse:

-Jag fick aldrig någon emotionell respons och därmed en världsbild av att jag inte kan berätta vad jag känner.

- När jag var 15 började jag sälja sex. När jag gick i gymnasiet levde jag ett dubbelliv, gick i skolan på dagarna, sålde sex på nätterna.

- Sommaren 2004 blev jag patient på Katarinahuset. Jag blev medicinerad utav helvete av och blev sjukskriven från den sommaren jag slutade gymnasiet. Hade man stoppat det där och då hade jag kanske kunnat få ordning på det men jag fick fruktansvärda mängder neuroleptika utan att vara psykotisk. Från det att jag blev patient på psykiatrin ökade mitt självskadebeteende samt mina intoxer. Läkaren tyckte jag var ett jätteklart borderlinefall.
Jag fick antidepressiva vid 16 år och började få bens när jag var 17 - 18. Vart läkaren ville komma är väldigt oklart. Jag tappade min identitet med den där medicineringen och då är det ännu lättare att

drabbas av identitetsstörning. Att medicinera bort känslor, om än bortträngda, är ingen bra lösning. Jag tappade mitt känsloliv och känseln i min kropp. Jag kom in 34 ggr på akut psyk under 2005 - 2015.

När B var 21 hoppade hon ut från andra våningen på sina föräldrars hus som en reaktion på ett dödshot. Hon skadade ryggen allvarligt men fick aldrig adekvat behandling:

- Jag var så fullproppad med neuroleptika och andra mediciner att jag inte reflekterade över det. Jag tänkte bara: "Jag har gjort illa ryggen. Det var ju tråkigt." På grund av ryggsmärtorna började jag medicineras med opiater 2010, men kombinationen opiater, bensodiazepiner, neuroleptika, antidepressiva, ADHD-mediciner och litium var inte bra.

I samband med en rättegång beviljades B skyddad ID. 2010 nämns för första gången i journalerna om att man misstänker trauma. Från 2014 medicinerades B med Fentanyl för sina ryggsmärtor.

-Där försvann jag, det är svårt att vara fungerande när man står på så mycket mediciner. Fentanyl var inte bra för mig. Jag fick aggressiva utbrott och började stjäla.

Hon var totalt borta tills hon beslutades sig för att själv börja sätta ut alla mediciner hon åt vilket vid tillfället var 15 stycken psykoaktiva substanser. Då reagerade Psykiatri Södra:

- *Psykiatri Södra kunde inte tillgodose mina behov, sa de och så skrev de ut mig som patient. Jag skrev ett ganska långt utlåtande. Vi hade några samtal och det fördes journaler på det in i och någon skrev att jag bara sökte uppmärksamhet.*

- *Jag slutade med Fentanyl den 1 juli 2018. Sedan har jag varit sjuk till och från hela tiden i muskelinflammationer, feber, kan inte äta, går ändå upp i vikt. Ibland har jag så ont att jag nästan inte vill leva.*

- *Jag har aldrig varit schizofren, schizoaffektiv eller haft ADHD. Om man sitter i allt det här och är 25 och får höra att jag är sjuk och att om jag slutar ta medicinerna så dör jag, samtidigt som jag prostituerar mig. Det är svårt att fatta ordentligt och göra bra livsval i det här. Trots att jag var prostituerad i tio år och var utsatt för djävulska sexuella övergrepp är det svåraste jag har att acceptera att läkarna medicinerade bort min själ. De bedövade mig och frågade: "Hur känns det?"*

Hösten 2020 fick B, efter ett års väntetid, en plats på traumaprogrammet och påbörjade en EMDR-behandling:

- *När jag började var jag fruktansvärt skeptisk. Jag var väldigt rädd att vara där på sjukhuset fysiskt. Det var ett trauma att vara där. Sakta men säkert har förtroendet för terapeuten vuxit. Det är en formell ton och hon har inte en aning om något annat än vad jag berättar och det ger mig en ganska bra kontroll över vad vi pratar om. Jag har gjort en sorts förbehandling själv och jag svarar väldigt bra på EMDR.*

B är stressad över att en behandlingsomgång enbart består av 20 tillfällen:
- Det blir ju lite konstig att ha 30 år av trauma i bagaget och sedan ska det "lösas" på 20 tillfällen av terapi. Det finns väl ingen mall för hur längre man ska "älta" det här, men tiden går och vi börjar bli stressade båda två. Då har hon plockat fram begreppet "radikal acceptans".

- Det går ut på att man ska radikalt acceptera det som förstört en utan att ställa för många frågor kring det. För mig kräver det radikal acceptans för att acceptera radikal acceptans. Jag ska vara

känslomässig och öppna upp mig för mina känslor, för att i andra ögonblicket bara bita ihop och acceptera.

*-Terapeuten är bara inne på diagnosen PTSD, inte i komplex PTSD. Hon accepterar att komplex PTSD finns men skulle aldrig skriva ner den på papper. EMDR vore enklare att utöva om den avhandlade enstaka traumatiska tillfällen som skett utan att jag var påverkad men så är det ju inte för mig. Det är ett problem att man utför behandlingen utifrån kriterierna för PTSD när det är så mycket mer komplicerat. Det skulle behövas en annan typ av vård för att råda bot på komplex traumatisering. En otroligt viktig aspekt är att de inte skattar en från en komplex PTSD-skala. Man skulle behöva en annan sorts attityd och problemlösning mot trauman som vuxit med en, under i mitt fall under 30 års tid. Då kan man inte använda samma sorts verktyg som i **en** situation där man blivit livrädd.*

-Terapeuten vet inte vad hon ska säga om vårdapparatens behandling av mig. Vi pratar inte öppet om hur psykiatrin behandlat mig. Jag har bara berättat absurda saker som hände under en 15-årsperiod. Är det här ett trauma - jag vet att det hände men hade ingen känsla för jag var drogad?

Behandlingen kräver mycket av patienterna:

- Man måste ha fast bostad och trygg inkomst. Tanken är att man inte ska behöva drabbas av trauma medan man går i behandling. Jag har haft diagnosen sedan 2010 men inte kunnat få hjälp för att jag mått för dåligt. Hade jag inte kunnat avgifta mig och trappa ner i förväg hade jag aldrig kunnat ta del av den här behandlingen. Jag håller på med självhypnos för att överleva.

- Många av mina kompisar har berättat att de inte kunnat få terapi för att de mått för dåligt. Man måste vara öppen och ren inuti för att kunna ta emot alla starka händelser man processar. Jag hade inte kunnat starta den tidigare, men ingen har heller förklarat varför.

- Allmänpsykiatrin gjorde att jag aldrig kunde uppnå de här kraven genom att övermedicinera mig. Det var jag själv som remitterade mig till traumaprogrammet. Hade jag fortsatt att vara patient på Psykiatri Södra hade det här aldrig hänt.

- Jag kanske aldrig blir ”färdigbehandlad”. Det finns inget mål om att man inte ska vara traumatiserad fortsättningsvis utan du ska lära dig bättre sätt att hantera dem än du har gjort förut. Du kommer ut starkare och visare och får sedan klara det själv.

Informant C

I så dåligt skick att behandling inte kan genomföras

44	Bor med sin vuxna dotter.
Försörjning:	Sjukersättning.
Diagnoser:	PTSD, ADD.
Vård:	Genomgår traumabehandling på Capio Kris & trauma.
Andra insatser:	Har boendestöd från socialpsykiatrin.
Mediciner:	Venlafaxin, Elvanse.

(Detta är en komprimerad version av många, många timmars samtal med personen. Hon har inte orkat genomföra en intervju men gett sin tillåtelse till att hennes ärende är med och att jag återberättar det.)

C misshandlades svårt av sin far redan när hon var mycket liten, 2–3 år.
Ett av hennes första minnen är att hennes far slår en blomvas i huvudet på hennes mor så att blodet skvätter. Mamman var färgad av misshandeln hon levde i och var och är oförmögen att visa kärlek.
Under en period när hennes föräldrar flyttat till Sverige bodde hon hos sin mormor och morfar under några år. Det är hennes lyckligast tid i livet, den enda då hon känt sig älskad.
Hon togs med till Sverige där faderns våld fortsatte. Han började sälja henne till en grupp män. Detta pågick under mycket lång tid. Hon kommer från en mellanösternkultur och det fanns inte på kartan att sätta sig upp mot fadern.

För att frigöra sig från denna situation flydde hon tillbaka till sitt gamla land och träffade där en man som hon gifte sig med. Redan några dagar efter bröllopet började han slå henne. Äktenskapet präglades av psykisk terror, fysiskt och sexuellt våld.

Hon fick två barn och de bodde i en stad i södra Sverige. De flyttade upp till Stockholm när barnen börjat skolan. Pojken blev omedelbart mobbad på skolan pga sin dialekt. C gjorde på det svenska sättet och anmälde det hela till skolledningen. Reaktioner från skolan uteblev. Däremot ledde hennes agerande till att de vuxna i barnens släkt vände sig emot C. Sedan dess har hon blivit trakasserad av denna släkt med våld och hot. Det finns ett element av klan och heder och kriminell gruppering i det hela. Hennes son misshandlades så svårt av denna gruppering vid ett tillfälle att han fick kroniska skador i ryggen. C har gjort sitt bästa för att slå tillbaka på lagligt sätt men aldrig fått stöd av polis eller socialtjänst – att förövare lagförts eller hjälp att flytta från den förort hon bor i.

Parallellt har makens våld fortsatt – även efter skilsmässan.

C sover nästan inte. Plågas av svåra mardrömmar. Äter och dricker mycket lite, kräks mycket.
Tillståndet har pågått under snart 10 år och hennes kropp börjar säga ifrån med hjärtklappning, uttorkning, misstänkta bristsjukdomar.
C har mycket svår ångest och faller in i dissociativa episoder som gör att hon ”försvinner” för att sedan vakna upp utan att veta var hon befinner sig.
C har koncentrationssvårigheter, minnessvårigheter, ibland svårt att prata.
C har två allvarliga suicidförsök bakom sig då hon försökt att bli överkörd av tåg. Hon har hindrats bägge gångerna av personer runt om henne.
C har legat inne i psykiatrisk slutenvård under 5- 6 veckor under de senaste två åren.
C har legat inne på fysisk slutenvård ett flertal gånger för att hon drabbats av olika fysiska sjukdomar.

C har påbörjat en exponeringsbehandling med ett samtal i veckan. Den har pågått i 1.5 månader och har lett till ännu sämre mående. Vid flera tillfällen har behandlande psykolog bedömt att C varit i så dåligt skick att behandlingssessionen inte kunnat genomföras. Det är i dagsläget oklart om hon orkar slutföra behandlingen.

Informant D

Ångrar att hon började tala om det

54	Lever i tvåsamhet
Försörjning:	Sjukpenning sedan drygt sju år. Lider svårt av rädslan att bli av med sjukpenning.
Diagnoser:	GAD, Bipolär 2, opiatberoende, PTSD, depression svår episod.
Vård:	Metadon. EMDR-behandling för PTSD inom ramen för metadonsektionen.
Andra insatser:	Kontaktperson via socialpsykiatrin.
Mediciner:	Metadon, antidepressiva, stämningsstabiliserare.

D växte upp i ett kärlekslöst hem och i ständig rädsla för sin farsa som var oberäknelig i humöret. Det förekom inte våld men D minns tiden i hemmet som en tryckande stämning, ett hot som hela tiden fanns med som bakgrund.

- *Jag har alltid haft mycket ångest utan ett egentligen tänka på det, det inser jag nu när jag blivit drogfri. Även som tonåring. Hade ångest för ingenting. Hade alltid katastroftankar, så har det nog varit sedan i tonåren. Jag hann börja med droger innan samhället fångade upp mig. Morsan hade själv ångest och hon måste väl ha sett hur jag mådde men man sökte ju inte hjälp på den tiden.*

Fastnade i tungt missbruk

D fastnade i ett tungt missbruk och har under långa perioder suttit i fängelse för främst narkotikabrott. Hon har erfarenhet av att sälja sex för att få ihop pengar till olika droger, främst heroin. Hon arbetade under några år som personlig assistent men klarade inte av det på grund av dåligt mående.

- Jag fick sparken från många olika jobb. Jag var mitt i missbruk och tog vårdtagarnas mediciner. Diagnoser kom på tal i samband med att jag gick in i väggen på jobbet runt 2013-14. Jag talade med en psykolog på vårdcentral vid fem tillfällen men när det fick reda på att jag hade metadon så släppte de taget och hänvisade till metadonteamet och deras läkare och psykologer. Jag hade varit sjukskriven av läkaren i 3-4 månader för utmattningsdepression och svår ångest innan de kom på det.

Mycket behandling utan effekt

- *Jag var sjukskriven ett par år innan jag började gå hos psykologen på teamet. De gjorde ADHD-utredning och kom fram till att jag inte hade nån ADHD men att jag behövde struktur och klara riktlinjer för att klara av vardagen.*

- *Psykologen på teamet skickade remiss till affektiva på Globen och jag blev utredd för misstänkt bipolär 2. I denna utredning kom de 2019 fram till att jag hade bipolär 2 och PTSD. Innan dess hade psykologen på teamet också misstänkt PTSD eftersom jag aldrig blev bättre. Min läkare är en riktig medicinman. Jag har nog prövat alla mediciner som finns plus några till. Men jag har inte blivit bättre.*

- *Jag blev remitterad till affektiva på Rosenlund, som nekade att ta emot mig pga att jag åt metadon. Psykologen på beroende gjorde en anmälan på affektiva pga detta. Sedan skrev hon remiss till den psykolog jag går till nu.*

Svåra koncentrationsproblem

- Jag har sådana svåra problem med koncentrationen så jag försöker inte ens lära mig mer om diagnosen, det funkar inte. Jag har problem med mardrömmar var och varannan natt. Min man får väcka mig. Om jag går ute vill jag inte ha folk i ryggen. Jag ser alltid till att ha ryggen mot en vägg. Klarar inte av att åka buss tunnelbana om det är mycket folk. Det har varit så länge men jag har aldrig tänkt att det har med PTSD att göra.

D har haft sin PTSD-diagnos sedan juni 2019. Men de traumatiska händelserna ligger nästan 25 år bort. Sedan början av 2020 har D påbörjat en traumabehandling, EMDR. Den är inte tidsbegränsad:

- Det funkar inte för mig än. Det har varit så hattigt och så många avbrott. Corona har spelat stor roll

i det. Långa uppehåll - sedan börja igen - sedan uppehåll på grund av semester. Ingen annan har gått in för henne.

Mår inte bättre av behandlingen

Hittills har behandlingen inte påverkat Ds mående positivt:

- Ärligt talat har jag inga förväntningar på behandlingen. Jag undrar om man kan behandla bort sånt här? Innan vi började prata om allt det här så hade jag ju det ganska bra. Jag mådde okej. Men mardrömmar och sånt har börjat efter att vi pratat mer ingående om det här som hände med två män jag hade relation med under tiden i missbruk: Våldtäkten. Hur jag hängdes ut från en balkong på flera våningar. Hur jag fick stryk många gånger. Hon ställer olika frågor: Jag ska berätta om vad jag får för känslor när hon återberättar vissa episoder jag varit med om. Jag har nog blivit lite traumatiserad av det.

Ångrar att hon började tala om det

- Med facit i hand hade det nog fan varit bättre om jag inte börjat prata om det här. Jag har talat med psykologer i flera år men mår inte nämnvärt bättre. Det kan handla om att vi inte kommit tillräckligt långt in i mina trauman. Vi har inte gått tillräckligt djupt än och då tror jag att jag har fått över 20 behandlingstillfällen. Jag säger ifrån när det blir tjatigt, när man tar om samma saker.

Om D köper att hon har en PTSD-diagnos är hon mer skeptisk till diagnosen bipolär 2:

- *Ibland får jag en lättare variant av uppåtperioder. Jag kan hamna i maniska episoder. Det har hänt. Under uppåtperioderna försvinner depressionen. Men sedan vet jag ärligt talat inte om den diagnosen stämmer, jag tror inte det. Jag upplever mig inte så. Jag har kompisar som är bipolära som är jättestarkt medicinerade. De har legat inne väldigt mycket med psykoser. Jag har inte varit i närheten av det. Men jag har inte opponerat mig. Jag ska försöka få sjukersättning på halvtid. Då är det bra att ha så många diagnoser som möjligt.*

Informant E

Behandlingen har gett mig verktyg

64	Ensamhushåll.
Försörjning:	Sjukersättning.
Diagnoser:	ADHD, PTSD, återkommande svåra depressioner.
Vård:	Har genomgått exponeringsbehandling via internet på Capio Maria, kris- och trauma, skall gå vidare med vårdkontakter.
Andra insatser:	Har boendestöd från socialpsykiatrin.
Mediciner:	Imovan, Voxra, Amitriptylin, Ritalin.

– Pappa var sjukligt svartsjuk och notoriskt otrogen själv. När alkohol kom med i bilden spöade han på mamma. Hon hade alltid solglasögon på sig. Min syster och mamma förnekade det som skett. Han gav sig på mig också. Jag var ett aktivt, nyfiket och busigt barn och det krockade med hur barn skulle vara på den tiden. Han skulle banka vett i skallen på mig och jag fick väldigt mycket stryk.

I tioårsåldern blev E placerad hos släktingar norröver efter att ha anklagats för att ha begått ett inbrott:

- Jag kommer inte riktigt ihåg hur lång tid det tog innan mannen i huset började tafsa… Det

är svårt att beskriva hjälplösheten man känner när man sitter i framsätet på en bil med en två meters man med händer som dasslock…

Valt män som liknar pappan

– Jag blev ihop med en kille, min första stora kärlek. Det var väldigt oskyldigt tills jag var 15 för det hade jag lovat min mamma. Efter att vi hade haft sex första gången kom hans svartsjuka fram. Då började han slå. Det är väl ett mönster jag haft, att jag valt män som liknar min pappa.

Vid 20 gifte hon sig med en man som genom psykisk terror under tre årtionden drev henne till 38 självmordsförsök. Hon har vårdats inneliggande på psykiatrin hur många gånger som helst i olika delar av landet. Hon har ätit hur många mediciner som helst. Det är bara vid ett tillfälle en vårdanställd frågade hur hon hade det hemma. Inte förrän hon lyckades frigöra sig från mannen började hon kunna ta tag i sitt eget mående.

Sju remisser innan hon fick behandling

E har haft kontakt med Affektiva Globen under ett stort antal år och det var en läkare där som skrev sju remisser efter varandra till traumabehandling under flera års tid. Hon nekades behandling och ansågs inte vara i behov av sådan förrän vid det sjunde försöket.

E har nu genomgått en exponeringsbehandling via internet och behandlingseffekten har varit mycket god:

- *Det har handlat om att återuppleva det som skrämt mig och att … jag inte ska komma in i skräcken igen, att jag inte ska ha den här rädslan. Jag hamnar i… jag har hamnat i affekt till exempel när jag hör folk skrika och det blir bråk.*

- *De kunde inte gå in på specifika händelser i min behandling eftersom allt är så sammansatt och det ena hänger ihop med det andra. De har inte kunnat plocka ut enskilda händelser eftersom det började när jag var två år gammal.*

Filmen Jägarna arbetsverktyg

För E visade sig filmen Jägarna fungera mycket bra som arbetsverktyg:
- Första gången pratade vi om saker som skrämmer mig och jag berättade att jag har så svårt för svenska filmer. Jag nämnde särskilt Jägarna. Där började vi. Jag tittade på filmen. Och varje scen jag tyckte var otäck fick jag skriva upp och sedan spolade jag tillbaka och tittade på den scenen igen och så fick jag gradera från 100 ner till noll om var min ångest eller känsla av panik låg när jag tittade på den. Till en början var upp emot 100 hela tiden. Det knöt sig i magen och jag fick flyktbeteende. Jag tittade på scenerna så många gånger att jag till slut var nere på tre -fyra på skalan. Till viss del har det fungerat.

E berättar om hur hon vid ett tillfälle sett hur väktare brottat ner en stökig person utanför hennes läkarmottagning på Söder i Stockholm:

- *Istället för att få panik och springa därifrån som jag skulle ha gjort förut ställde jag mig vid sidan av och rökte. Det där berörde inte mig. Det har jag fått av att spola hjärnan fram och tillbaka.*

Ta kontroll över sitt eget tänkande

> *Vi har pratat jättemycket om tänkandet. Jag ska inte sitta vid datorn när jag mår dåligt, då kanske jag börjar spela för att dämpa ångesten. Jag ska planera saker och ting och genomföra dem. Ta promenad, spela nån timme, ta itu med saker jag skjutit framför mig. Vi*

pratade den första gången om vad det var som hade hänt i mitt liv och varför jag mådde som jag gjorde. Sedan har det bara gått ut på att förändra mitt tänkande och mitt sätt att vara och fungera. Jag ska prata ut med folk om det som varit eller är jobbigt. Jag ska umgås med okända människor och våga sätta gränser. Jag ska möta tankar och sortera dem. Jag ska tänka efter om det är befogat eller inte, när jag börjar stressa upp. Ställa frågan till mig själv: "Finns det nåt jag kan göra åt det?" Om det inte finns kan jag lägga det åt sidan.

- *Behandlingen har gett mig verktyg att tänka och agera från hur jag vill ha det, den har fått mig att acceptera hur jag vill ha det. Jag vill inte vara rädd. Jag vill kunna stå upp för mig själv och säga ifrån om någon är elak mot mig.*

Ingen dunderkur

- *KBT är ingen dunderkur – ingen dunderhonung. Det är som att koka knäck, de håller med grädde och sirapen och sockret, koka får man göra själv. Jag har inte ångrat mig en enda gång. Måndag kl 14 har varit behandlingstillfällen. Måndagar har varit jobbiga dagar för mig. Ångest på morgonen. Jag har varit tvungen att ta itu med olika saker, att ta upp vissa saker. Det har varit jobbigt men överkomligt. Vi har träffats över datorn. Det har fungerat jättebra terapimässigt. Man hör nästan hur han läser från manual ibland. Då har jag blivit full i skratt. Det känns som att han inte har den humorn att man kan skratta åt det hela.*

- *Nu har jag ingen ångest på nätterna. Jag har vänt mycket negativt till det positiva. Jag utmanar mig själv. Jag tvingar mig igenom det här med agorafobin. Jag är väldigt rädd, det kan ta många timmar innan jag kommer ut när jag bestämt mig, men jag gör det.*

Informant F

Regionen betalar inte HVB-hem för personer som inte klarar öppenvård

57	Ensamhushåll
Försörjning:	Arbetar
Diagnoser:	ADHD, PTSD, social fobi
Vård:	Medicinerar för ADHD
Andra insatser:	Har boendestöd från socialpsykiatrin.
Mediciner:	Elvanse

(Nedanstående är ett redigerat överklagande av ett beslut från domstol i ett ärende vi drev 2017. Det är fortfarande talande för den problematik som gäller. Det pekar på problemet med att Regionen Stockholm hårdnackat vägrar att betala för HVB-hem för heldygnsvård för andra än rättspsykiatriska patienter.)

"Jag har missbrukat amfetamin och alkohol i 35 – 40 år. 2014 bestämde jag mig för att sluta med amfetaminet. Jag påbörjade då öppenvårdsbehandling för mitt missbruk. Man började där i behandlingen prata om vad vi varit med om i fråga om övergrepp och våld. För mig var det som att öppna en dörr till något jag inte mäktade med att klara av själv. En dörr jag inte kunde stänga. Jag började då till min stora förvåning att må sämre än vad jag gjort. Jag drabbades av återkommande ångest, flashbacks och började höra röster. Jag drabbades av starka raseriutbrott där jag kände att

jag inte hade kontroll över någonting. Jag kunde vakna upp i skogarna kringområdet där jag bodde utan att ha en aning om hur jag kommit dit. Detta utan att ha tagit droger. Jag kunde inte slutföra behandlingen.

Jag har senare förstått att det som drabbade mig var effekterna av mitt posttraumatiska stressyndrom. Effekterna ledde mig tillbaka till missbruk, av alkohol men främst amfetamin eftersom drogerna dämpade ångesten, raseriutbrotten, rösterna och dissociationerna.

Jag ansökte 2015 om behandling på behandlingshem. Jag ansökte dumt nog om behandling för både mitt beroendeproblem och mitt komplexa traumaproblem. Jag menade att det inte gick att skilja problematiken åt. Att beroendet var helt sammankopplat med PTSD:n, och vice versa, och att jag måste få behandling för bägge tillstånden samtidigt.

Stadsdelen avslog min dåvarande ansökan. Att jag hade en väl fungerande tillvaro, mådde ganska bra och att det inte var deras ansvar att behandla PTSD utan att det ankom annan huvudman, landstinget.

Det åligger juridiskt landstinget att ge vård för PTSD. Att landstinget sedan inte vill eller förmår ge fungerande vård för komplexa fall av samsjuklighet spelar ingen roll. Det är den juridiska tolkningen av verkligheten som gäller

Under de tre år som passerat har min tillvaro sett ut på exakt samma sätt som den gjorde innan. Jag har till fullo uppfyllt alla de insatser och åtgärder socialtjänsten ålagt mig:

- Jag sköter mina kontakter med psykiatrin.
- Jag sköter mina kontakter med beroendevården.
- Jag sköter mina kontakter med vuxenenheten.
- Jag har boendestöd.
- Jag har prövat att bo på stödboende.
- Jag har försökt att återgå i arbete.

Trots detta har jag fortsatt och återkommande återfall i missbruk av amfetamin och alkohol.
Trots detta har jag fortsatt och återkommande mycket dåligt psykiskt mående.
Mitt missbruk och mitt dåliga mående påverkar relationen till min dotter som är trött på att jag mår dåligt och att det är det enda jag kan prata om.
Jag är för närvarande långtidssjukskriven från mitt arbete på grund av de återkommande återfallen i missbruk och dåligt mående.

Tveksamheter, felaktigheter eller missuppfattningar i avslagsbeslutet

SDN anger att jag ansökt om plats på behandlingshem för behandling avseende amfetaminmissbruk och PTSD. Detta är en missuppfattning från min handläggare som hjälpte mig att formulera ansökan. Detta kan också bero på att jag själv har svårt att skilja på dem. Mitt PTSD är, som jag uppfattar situationen, en bidragande orsak till mina ständiga återfall. Men med domen från kammarrätten 2015 i färskt minne inser jag dock det lönlösa i att söka behandling för bägge tillstånd samtidigt. Jag ansöker därför om behandling på behandlingshem för mina återkommande återfall i missbruk av främst amfetamin men också alkohol. Syftet med behandlingen är att jag ska lära mig ångesthantering, att jag ska förändra mina tankebanor och beteendemönster, lära mig hantera drogsug, och annat psykiskt illamående utan att behöva ta till droger.

SDN anger i sitt avslag att jag haft återfall i missbruk av amfetamin ”under hösten 2018”. Detta är fel. Något som också påtalas i utredningen av min ansökan på flera platser. Jag har haft 15 – 20 återfall sedan 2015. En del av dem har slutat på avgiftningen. De flesta har pågått under några veckor och så har jag lyckats sluta av mig själv. Efter ytterligare tid har det varit dags igen. Jag är fast i en nedåtgående spiral av missbruk.

SDN beskriver hur jag deltagit ”i en rad olika öppenvårdsinsatser samt prövat medicinska preparat för psykisk ohälsa. Fs komplexa problematik har dock legat till grund för att behandling har avbrutits, inte haft önskvärt resultat.” Detta stämmer. Desto märkligare då att SDN några rader längre ner vill sätta mig på ännu en öppenvårdsinsats. Dessutom på den verksamhet, Öppenvård Sydost, som jag har negativa erfarenheter ifrån. Som jag uppfattar det verkar det som att man vill att jag ska misslyckas ännu en gång. Jag behöver inte ännu ett misslyckande.

SDN skriver att jag ”tillgodogjort [mig] sig behandling för PTSD vid Kris- och Traumaenheten samt COPE-behandling.”
Detta stämmer inte. Jag var tvungen att avbryta behandlingen på Kris- och Traumaenheten pga missbruk. COPE-behandlingen jag genomgick, om det var den jag tror åsyftas, bestod av samtal med en psykolog en gång i veckan vilket inte ledde någon vart. Jag drabbades av så dåligt mående mellan gångerna att jag fick upprepade återfall i missbruk vilket omöjliggjorde behandling.

De insatser socialtjänsten föreslår har jag redan haft, eller har som pågående insats. Trots detta kommer mina återfall allt tätare. Bara denna höst har jag legat på avgiftningen tre gånger. Hur man från stadsdelsnämndens sida kan tolka detta som att jag uppbär ”en skälig levnadsnivå” förstår jag inte.”

F uttalar sig i sms februari 2021:

”Psykiatrin har nu tagit bort PTSD-diagnosen. De tyckte att jag inte hade tillräckligt tydliga symtom för att kunna diagnostisera det som PTSD. Jag tackade nej till deras behandling för att jag inte kan gå på såna behandlingar i öppenvård. Samma jävla visa. Det var bara att lägga locket på igen. Det har tagit ytterligare 3-5 år. Men det känns rätt stabilt just nu, utom den där jävla coronan. Jag tillhör riskgrupp.”

Informant G

Har levt under så osäkra förhållanden att hon inte kunnat läka – trots lyckad behandling

54	Ensamhushåll.
Försörjning:	Aktivitetsersättning, försörjningsstöd.
Diagnoser:	PTSD, depression, ångest, skall utredas för ADHD/autism.
Vård:	Genomgick exponeringsterapi på We Mind 2013.
Andra insatser:	Kontakt med våld i nära relationer.
Mediciner:	Venlafaxin, propavan, melatonin, alkohol.

- Hade jag haft en egen lägenhet i tonåren hade det här aldrig hänt! Jag var inneboende hos en sjuk väninna till min mamma och träffade en man som hade en egen lägenhet och flyttade in.

23 år senare, 2010, flydde G från mannen efter att ha kontrollerats, misshandlats och våldtagits under i stort sett hela tiden. Mannen är fortsatt uppsökande och G har skyddad ID.

Efter flykten uppsökte hon vården på olika ställen i Sverige men blev bara erbjuden piller. Hon hamnade i Stockholm och letade efter hjälp hos vården och förklarade hur hon mådde.
- Alla sa: ”Det är för stort och tufft för oss.”

G sökte själv upp arenor där hon kunde få samtal enskilt och i grupp. Kvinnojourer, kyrkan. Hon fick ett tips om We Mind som ”tog hand om de svåraste fallen” men skulle inte ha några förhoppningar, ”Inga kommer in där”.

En remiss skickades in och dagen efter tog We Mind kontakt.
- De ville ha samtal och reka situationen. De fattade att det var ett jobbigt fall och lät mig träffa olika psykologer för att undersöka vilken det fanns kemi med.
Hon fastnade för en men innan behandlingen fick hon lova att sluta med alkohol och sinnesförändrande mediciner. We Mind ställde som krav att G skulle ta antabus. Detta utan att hon hade alkoholproblem utan enbart drack då och då.

När behandlingen kom igång var det trögstartat, det var mycket känslor och G var livrädd:

- Hon sa: ”Berätta om den värsta händelsen du varit med om under alla år och berätta om den. Jag kommer att spela in den och sedan ska du lyssna på den varje dag fram till nästa gång vi ses”.
Jag blundade och helt plötsligt kom en händelse fram som jag hade förträngt, som jag inte hade en aning om att den hänt: Han höll mig inlåst i dagar och misshandlade mig blå och svart, det låg hårtussar överallt. Jag låg i sängen och var helt sönderslagen. Jag lyckades fly och drog hem till mamma och visade vad som hänt. Ingen reaktion. Hon hade fullt upp med att hantera män som misshandlade henne så jag fick ingen reaktion från henne. Så det slutade med han plockade upp mig igen”. Det där skulle jag lyssna på och i början, mitten och slutet av berättelsen skulle jag skatta min ångestnivå med skalor. Det gick många veckor och jag klarade inte av att lyssna på det, för jag gick igång så mycket. Vi kom ingen vart i behandlingen och till slut förstod jag att jag måste våga lyssna om det skulle hända något.

- Pluggade in lurar i öronen och lyssnade på bandet samtidigt som jag gick storgråtande genom alla gränder i Gamla stan och hatade människorna som stirrade på mig. I takt med att jag lyssnade blev den där händelsen avtrubbad och föll liksom sönder i delar så att jag till slut, efter åtta månader i behandling kunde kasta bort bitarna ur min ryggsäck.

- Det var behandlingen. Jag har fått fortsätta söka hjälp, gått enskilda samtal, sedan gruppsamtal, relationsmissbruksprogram, medberoendeprogram, det var inte bara KBT som hjälpte mig. Jag har föreläsningsknarkat i alla ämnen som rör dessa bitar. Samtidigt har jag arbetat med att få mina döttrar på rätt spår.

- Sedan dippar man rejält emellanåt. Förut kunde jag ligga i veckor i det svartaste mörkret – nu går de över på en dag. Jag känner mig inte hel. Det kommer jag nog aldrig att göra. Jag är under utveckling. Det är viktigt att ha rätt människor i sitt liv. Inga rövslickare. Inga falska jävlar. Bara såna som är sanna och raka och ärliga. Vården har inte erbjudit uppbyggandet av det han plockade ner. Jag fick plocka ihop mig själv.

- Jag vet inte om hon skulle vilja gå en behandling till. Beror på vad den skulle vara? Jag har fått ihop mig som människa, vänt på alla stenar, fortsätta att jobba med sig själv: samtidigt måste jag ibland dricka alkohol för att få sova .

- We Mind gjorde det grundligt och följde upp det på ett bra sätt under en tid. När jag sökt kontakter med dem igen nu när jag inte mått bra har jag inte varit välkommen tillbaka. Det är för ”kaosigt” runt mig har det hetat. Skulle de ta mig tillbaka skulle det nog bli en plump i deras statistik.

G har under åren efter flykten levt i en mycket osäker situation vad gäller boende och ekonomi. Det har varit otroliga fajter med ekonomiskt bistånd som tärt på henne. Nu har hon äntligen, genom förtur i bostadskön, fått en egen lägenhet och flyttar till en annan stadsdel:

- Sedan jag stack från honom har det varit andra hand, hostels, kvinnojourer i tio år. Det här är min första egna bostad i mitt vuxna liv!

Kanske kan G börja må bättre med ordnade boendeförhållanden. Samtidigt oroar hon sig för sina döttrar:
- Det finns ingen hjälp för mina döttrar. De har alltid fått höra: Ni ser så välvårdade och fina ut. Ni ser alltid glada ut och har ett så fint hem". De är uppfödda i trauma. Ingen ser det. Min äldsta är sönderpsykad av sin egen pappa. Min yngsta lever i värsta drogmissbruket och träffar våldsamma män som håller pappan på avstånd. Hon har verkligen hamnat i helvetet på grund av sin egen pappa.

Informant H

Hela mitt vuxna liv har jag sökt vård

48	Ensamhushåll.
Försörjning:	Sjukpenning sedan drygt tio år. Lider av rädslan att bli av med sjukpenning.
Diagnoser:	Asperger, ADHD som hon ej tror på, misstänkt PTSD, social fobi.
Vård:	Har genomgått fem års terapi som utgick från att hon hade autism. Blir nu utredd för komplex PTSD. Har social fobi som gör att hon har svårt att ta sig ut.
Andra insatser:	Har boendestöd från socialpsykiatrin.
Mediciner:	

H lever ensam. Hon har arbetat som sjuksköterska innan hon blev långtidssjukskriven efter ett självmordsförsök 2009. Under tiden efter det har hon utbildat sig till distriktssjuksköterska och även jobbat ett år på KI, Karolinska Insititutet. Försöken att återgå till arbetsmarknaden har spruckit på grund av hennes återkommande dåliga mående.

Hon har sjukpenning och är ständigt orolig för att förlora den. Hon har ett boendestöd som är viktigt för henne. Inte minst för att bryta isolering. J har social fobi och har svårt att ta sig ut och träffa andra. Trots att hon vet att hon måste, för att må bättre:

- *Obearbetat trauma tenderar att äta upp ens sociala liv. Jag har blivit en ensamvarg och det är jättefarligt för mig. Vi är rädda för udda personer och eftersom jag har med sig så udda erfarenheter i bagaget blir jag själv en udda fågel. Oftast funkar det väldigt bra med människor som är ickedömande.*

- *Katastroftänkandet är dominerade för mig och tenderar att bli självuppfyllande profetior. Man får en felaktig inre kompass. Jag drar mig till andra människor som är udda och då blir det udda miljöer och så aktiveras överlevnadsstrategier och så aktiveras fara-systemet med allt vad det innebär av stress och påfrestningar. Man behöver en trygg miljö för att kunna läkas i. Samtidigt är omvärlden farlig. Man ska ju inte gå på överlevnadsstrategier hela tiden, det är inte hållbart i längden. När du har ett trasigt anknytningsmönster måste du få läka det. Det finns dåligt med kunskap i psykiatrin om detta.*

Stor konsument av vård – över livet

- Jag har varit på BUP sen jag var liten med ångest för en mamma som var missbrukare och en pappa

hade narcissistiska tendenser. Jag har blivit utsatt för neglect. Sedan har det förföljt mig, och det har blivit som en snöboll. Hela mitt vuxna liv har jag sökt vård för ospecificerad ångest och depressionsproblematik. 2009 gjorde jag ett självmordsförsök och det var då allt på började på riktigt, urspårningen i psykiatrin.

- Jag träffade en psykolog som rekommenderade mig att göra screening för ADHD. Den gav inga entydiga svar men gav utslag på lite olika delar av screeningen. Sedan låg det i tidens andra att man fokuserade på det neuropsykiatriska. Om man sätter på dig ett par linser ser man saker från de linser man har på sig. Jag hade inte förmåga att kritiskt granska diagnosen. På den tiden fanns inte heller komplex trauma i ICD.

- I den traditionella sjukvården fungerar det inte. Personal har fördomar. Man blir bemött som en diagnos. Är då diagnosen fel blir det snurrigt. Jag satt fast i fem år hos en psykolog som bestämt sig för att jag var autistiskt. Det var det som stod i journalen fick jag reda på när jag plockade ut dem.

Har tvingats bli expert på trauma
Genom åren har H, för att överleva, skaffat sig stor kunskap om trauma på egen hand. Hon är till delar kritisk mot den vård regionen erbjuder:

- *En viktig del till att det ser ut som det gör är Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av ångest och depressionssjukdomar. Man är så evidensinriktad och rekommenderar KBT så ensidigt att det inte blir utrymme för andra interventioner. Men KBT och "prolonged exposure" riskerar att skapa återtraumatisering och alla klarar inte av det. Det fungerar inte att läka ett komplext trauma bara genom att prata. Samtalsterapi är inte traumaterapi. Man måste se människan varifrån hon befinner sig utifrån många olika teoretiska begrepp för att se personen. Vi är en del av ett sammanhang. Om man då berövas ett sammanhang blir det svårt.*

- *Det är det osynliga traumat jag lider av. Jag har en våldtäkt i bagaget men det stora traumat ligger i hur rättsväsendet behandlade mig där då förövaren fick skadestånd och jag blev helt nergjord. Det färgar en människas verklighetsuppfattning.*

- *Jag måste våga vara autentiskt, våga sätta ord på mina tankar och känslor för att komma vidare. Men det är inte bara att göra. Jag behöver hjälp med det.*

Informant I

Får ingen behandling i väntan på rättegång – som dröjer…

50	Ensamhushåll.
Försörjning:	Skyddad anställning.
Diagnoser:	PTSD, ADHD.
Vård:	Väntar på rättegång, ingen behandling sätts in i väntan på den.
Andra insatser:	Inga.
Mediciner:	Självmedicinerar med cannabis.

I började med amfetamin vid 35, efter att ha blivit utbränd på sitt jobb.
Under de 10 år hon levt i drogvärlden har hon blivit utsatt för mordförsök genom strypning, åtskilliga misshandlar samt sexuella övergrepp. Samtliga fall av män hon haft en relation med.

I befinner sig i ett traumatiserat tillstånd där hon mår extremt dåligt med stark ångest och stor känslighet för stress och påfrestningar. Hon får stora känsloutbrott och känner att hon håller på att gå sönder. Hon ska få traumabehandling men vården vill att rättegången ska vara avklarad innan man sätter in den, eftersom påfrestningarna är så stora. Rättegången drar nu ut på tiden då polisen har ett stort antal mord att utreda vilket går före många andra fall – som till exempel Is.

Den skyddade anställning hon har skrivs på sex månader i taget. Blir hon sjukskriven under lång tid blir hon av med anställningen. Hon har ingen sjukpenninggrundande inkomst att falla tillbaka på. Det blir direkt tillbaka till försörjningsstöd:

- *Allt är så bakvänt. Jag mår så otroligt dåligt och skulle behöva vara sjukskriven och få behandling för att orka med en rättegång och efter den börja arbeta. Nu tvingas jag arbeta, trots att jag inte orkar, och måste sedan upp i en rättegång för att eventuellt orka möta honom och efter det får jag behandling. Jag orkar inte.*

I svarar mycket underligt på olika mediciner men har hittat cannabis som fungerar lugnande för henne. Hon tvingas ta det ibland för att orka med. Därigenom riskerar hon den träningslägenhet hon bor i där ett villkor är att man inte använder narkotika.

- *Alla säger att jag är ”så duktig och så stark” hela tiden. Jag är inte ett dugg stark. Jag håller på att rämna, jag håller på att gå i bitar. Jag klarar inte det här…*

Slutord

Vi har i grupper och enskilt, haft diskussioner om informanterna är offer eller överlevare. Vi har kommit fram till att man är bägge två, samtidigt. Man är offer för brott, för förövare, för omständigheter man inte rår över och myndigheter som på många sätt har förlorat perspektiven på sitt uppdrag – att ge stöd och att underlätta för utsatta personer att få ett bättre mående.

Man är också överlevare som trots fruktansvärda händelser fortsätter att kämpa på med sina liv, som vill må bättre, som kan hitta glädje, skratt och livslust blandat med allt det svåra och mörka.

Ett stort tack till alla informanter och alla andra besökare och användare.

För mer information om rapporten eller Equal:
Per Sternbeck
Tfn: 0707-972029,
Epost: info@equalsthlm.se
Postadress: Equal, Grindsgatan 37, 118 57 Stockholm.

Korrekturgenomgång: E. Dahlgren