

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2023-05-31

Innehållsansvar: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

Giltig till: 2025-05-31

Granskad av: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

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

Regional medicinsk riktlinje

Posttraumatiskt stresstillstånd (PTSD) och andra stressrelaterade tillstånd hos barn och unga

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören (SSN 2023-00236) giltig till 2025-05-31.

Utarbetad av Regionalt processteam ångest och depression i samarbete med Primärvårdsrådet och Samordningsrådet för Barn och ungdomspsykiatri samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa.

Syfte

Riktlinjen ger klinisk vägledning vid diagnostik och behandling av posttraumatiskt stresstillstånd och andra stressrelaterade tillstånd hos barn och ungdomar i syfte att skapa förutsättningar för en god och jämlik vård.

Förändringar sedan föregående version

Riktlinjens rubrik har ändrats för att förtydliga innehållet i riktlinjen. Riktlinjen är inlagd i ny mall. Redaktionella uppdateringar. Indikatorerna är förtydligade.

Vårdnivå och samverkan

Primärvård

För barn 0-5 år kontaktas barnhälsovården. Barn från 6 år vid lindriga stress- och krisreaktioner i enlighet med [RMR Barn och unga med tecken på psykisk ohälsa - omhändertagande inom vårdval vårdcentral och vårdval rehab](#)

- Kartläggning och bedömning
 - Psykoeducation
 - Stabiliserande insatser
 - Vid behov samverkan med skola, elevhälsa och socialtjänst
 - Uppmärksamma ev. traumatisering hos anhöriga och informera om vart de kan vända sig
- Vid kvarstående funktionshinder remitteras patienten till BUP

Om patienten försämras/utvecklar måttliga eller svårare symtom trots adekvat behandling ska patienten remitteras till BUP, [via regiongemensam remissportal En väg in](#). Vid suicidrisk eller andra akuta tillstånd kontaktas BUP omgående, se [RMR Ansvarsfördelning mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri](#)

Specialistvård

Vid medelsvåra till svåra stress- och traumarelaterade tillstånd, PTSD, atypisk eller komplex symtombild och vid psykiatrisk samsjuklighet

Samverkan

Behandling sker vid behov i samverkan med socialtjänst, förskola och skola, inom ramen för Samordnad individuell plan, [SIP](#)

Diagnos

Diagnostisk bedömning görs enligt DSM-5.

Klassifikation görs enligt ICD-10 (motsvarande DSM-5 diagnos inom parentes):

- F43.1 Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)
- F43.0 Akut stressreaktion (ASD)
- F43.2 Anpassningsstörning
- F43.8 Andra specificerade reaktioner på svår stress
- F43.9 Reaktion på svår stress, ospecificerad
- F94.1 Reaktiv störning i känslomässig bindning under barndomen (Anknytningsstörning med social hämning)
- F94.2 Distanslöshet hos barn (Anknytningsstörning med social distanslöshet)

Posttraumatiskt stressyndrom

Posttraumatiska symtom är en följd av att ett barn eller ungdom utsatts för, bevittnat eller underrättats om faktiskt död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld. Posttraumatiska reaktioner kan uppkomma efter enstaka tydligt avgränsade händelser, multipla trauman eller efter långvarig interpersonell traumatisering. Det är viktigt att beakta att erfarenhet av potentiellt traumatiserande händelser inte behöver leda till PTSD. Majoriteten av de individer som upplever potentiellt traumatiserande händelser utvecklar inte PTSD. Det finns inget enkelt samband mellan allvaret i händelsen och utvecklingen av PTSD. Biologiska, psykologiska och sociala riskfaktorer spelar stor roll för om den akuta krisreaktionen övergår till ett posttraumatiskt tillstånd.

Kärnsymtomen delas in i:

- Påträngande återupplevelser - mardrömmar, flashbacks, minnesbilder. Hos barn kan teman eller aspekter av traumat uttryckas i återkommande lekar.
- Undvikande av fysiska och mentala företeelser som påminner om den traumatiska händelsen
- Negativa kognitiva förändringar - negativa uppfattningar om sig själv och omvärlden, skuld känslor, ihållande rädsla.

- Förändringar av stimulusreaktioner - irritabilitet, självdestruktivitet, vaksamhet, lättskrämdhet, koncentrationssvårigheter
- Symtomens varaktighet – mer än en månad

Akut stressreaktion

Akut stressyndrom (ASD) utgörs av PTSD-liknande symtom den första perioden efter ett potentiellt trauma. Hos vissa dominerar dissociativa reaktioner. Varaktigheten av symtomen kvarstår som minst i tre dagar och som mest en månad efter exponeringen för händelsen. Har inte reaktionerna då tydligt avklingat bedöms eventuell förekomst av PTSD.

Anpassningsstörning/krisreaktion

Maladaptiva reaktioner på en eller flera identifierbara stressfaktorer. Anpassningsstörning används när kriterierna inte är uppfyllda för annan diagnos inom trauma och stressrelaterade syndrom.

Anknytningsstörning

Anknytningsstörningar, med social hämning och/eller distanslöshet hos barn, är ovanliga tillstånd som kan bli följderna hos barn som i tidig ålder blivit utsatta för extrem omsorgsbrist, psykisk och/eller fysisk misshandel, upprepade anknytningsbrott/separation från primära anknytningspersoner och bristande tillgång till stabila anknytningspersoner, t. ex. uppväxt på barnhem.

Samsjuklighet och differentialdiagnostik

PTSD och anknytningsstörning med social distanslöshet har överlappande symtom med ADHD. Anknytningsstörning med social hämning har överlappande symtom med autismspektrumstörning. Traumatisering påverkar ofta hela familjesystemet och svåra barndomsupplevelser kan medföra förseningar i barnets språkliga, kognitiva och emotionella utveckling.

Indikatorer

Kunskapsstöd för psykisk hälsa ansvarar i samverkan med enheten regional vårdanalys för uppföljning och återkoppling av indikatorer.

- Andel patienter med ny diagnos F43.1 som inom tre månader erhållit psykopedagogisk behandling KVÅ DU023
- Andel patienter med ny diagnos F43.1 som inom sex månader erhållit TFKBT, KVÅ UV121

Utredning

Vid misstanke om traumatiska upplevelser bör barn och föräldrar intervjuas separat.

Klinisk utredning bör omfatta:

- Kartläggning av potentiellt traumatiserande händelser under livet
- Kartläggning av barnets aktuella och tidigare psykiska symtom
- Utvecklingsanamnes

- Beskrivning av psykosociala risk- och skyddsfaktorer (familjesituation, skola, fritid, kamratrelationer). Uppmärksamma alltid barnets skyddsbehov och skyldigheten att anmäla till socialtjänsten vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa (så kallad orosanmälan), se vidare [RMR Barn under 18 år som far illa eller riskerar att fara illa](#)
- Suicidriskbedömning
- Kartläggning av alkohol och substansbruk
- Strukturerad diagnostisk intervju med MINI-KID rekommenderas som komplement till klinisk bedömning. [Traumahändelser Mini för barn och ungdomar](#) kan vara ett stöd i intervjun för en första screening för potentiellt traumatiserande händelser
- För bedömning av funktionsnivå rekommenderas Childrens´s Global Assessment Scale ([CGAS](#))

Screening och bedömningsinstrument

Screeningformulär

- [Acute Stress Checklist for Children \(ASC\)](#) vid misstanke om akut stress
- [LYLES Linköping Youth Lifetime Event Scale](#), version för barn och ungdomar och föräldraversion.
- [Life Incidence of Traumatic Events](#), version för skolbarn och tonåringar, LITE-S, föräldraversion, LITE-P

Symtomformulär

- [CATS \(Child and Adolescent Trauma Screen\)](#) version för barn och ungdomar 7-17 år och föräldraversion. För yngre barn är ett alternativ föräldraskattning med YCPC (Young Children´s Post-traumatic Checklist for Children).
- [Posttraumatic Stress Disorder Checklist \(version 5\) PCL-5](#) är ett alternativ för ungdomar som mäter symtomgraden på samtliga 20 kriterier för PTSD enligt DSM-5.

Symtomformulär för fördjupad utredning

- [Trauma Symptom Checklist for Children \(TSCC\)](#) och [Trauma Symptom Checklist for Younger Children \(TSCYC\)](#).
- [A-DES \(Adolescent Dissociative Experiencing Scale\)](#), [Child Dissociation Checklist \(CDC\) \(föräldrasvar\)](#) samt [SDQ-20 \(självsvår 5 eller 20 frågor\)](#) vid misstanke om somatoform dissociation,

Behandling

För många är omsorgen från viktiga vuxna avgörande för möjligheten till återhämtning och läkning. Traumamedveten omsorg är en förståelseram för hur viktiga vuxna skapar förutsättningar för läkning i vardagen för den som utsatts för trauma. Barnet/ungdomen och anhöriga måste ses i sitt sociala och kulturella sammanhang. Behandlingsinsatser för små barn sker med och genom omvårdnadspersoner vilket gör att dessa personers egna psykiska och sociala resurser spelar en avgörande roll. Med syfte att stärka anknytning och minska stress i relationen bör fokus ligga på relation och samspel för små barn. I de fall där

omvårdnadspersoner själva är traumatiserade bör information ges om vart de kan vända sig för att få hjälp.

Psykoedukation

Vid stress- och traumarelaterade tillstånd ges

- stöd och råd till patient/anhöriga
- information om vanligt förekommande reaktioner efter traumatiska händelser och hanteringsstrategier för dessa. [Till dig vars barn varit med om en allvarlig händelse](#), [Råd till dig som påverkas av en allvarlig händelse 1177](#), [Må dåligt efter allvarliga händelser, UMO](#)
- psykoedukation för att stabilisera sömnvanor, fysisk aktivitet och regelbunden vardag

Psykologisk behandling

Vid posttraumatiska reaktioner erbjuds:

- Child Parent Psychotherapy (CPP) för barn 0-3 år
- CPP eller Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) för barn 4-6 år.
- TF-KBT till barn/ungdomar 7-18 år.
- Prolonged exposure therapy (PE) till tonåringar

Vid utebliven effekt med TF-KBT och PE kan psykologiska behandlingsmetoder med lägre vetenskapligt stöd som Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) och psykodynamisk terapi övervägas.

Vid anknytningsstörning finns ingen utvärderad specifik metod, men insatser som stärker föräldrars/vårdnadshavares tillgänglighet och känslomässiga lyhörddhet för barnets behov minskar barnets anknytningsstörning.

Planera behandlingsinsatserna med hänsyn till samsjuklighet (SFBUP, 2019). Några hållpunkter:

- Akuta tillstånd och allvarliga riskbeteenden inklusive suicidalitet handläggs först
- Prioritera tillstånd som orsakar allvarligast symtom och störst funktionsnedsättning.
- Depression och ångestsyndrom är ofta sekundära till traumatisering och traumafokuserad behandling kan räcka för remission.
- Vid allvarlig depression som försvårar traumafokuserad behandling kan farmakologisk behandling och/eller psykoterapeutiska insatser mot depressionen vara nödvändiga.
- Allvarligt substanssyndrom behöver inte sällan adresseras först då det kan omöjliggöra traumafokuserad behandling. Vid lindrigare problematik kan traumafokuserad behandling kombinerad med kontroller och andra specifika insatser vara tillräckligt.
- Vid samsjuklig utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse är parallella insatser tänkbara

Läkemedel

Vid stor funktionsnedsättning och utebliven effekt på enbart psykologisk behandling bör läkemedelsbehandling med SSRI övervägas, se [RMR Läkemedel Ångestsjukdomar](#).

Samsjuklighet med depression, se [RMR Läkemedel Depression](#)

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Sömnstabiliserande läkemedel kan övervägas om inte psykosociala och sömnhygieniska insatser haft tillräcklig effekt, se [RMR Läkemedel Insomni](#).

Remissrutiner

[RMR Remiss inom hälso- och sjukvård](#)

[Regiongemensam remissportal En väg in](#)

Patientmedverkan och kommunikation

Personcentrering och patientkontrakt

Upprätta vårdplan och krisplan i samråd med patienten och vårdnadshavare, se [Regional riktlinje Patientkontrakt inom hälso- och sjukvården](#)

Patientinformation

[Posttraumatiskt stresstillstånd hos barn och tonåringar-PTSD, 1177](#)

[Till dig vars barn varit med om en allvarlig händelse](#) Enheten för Kris- och katastrofpsykologi
Stockholms läns landsting

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

[Må dåligt efter allvarliga händelser, UMO](#)

För vårdgivare

[Krisstöd vid allvarlig händelse](#), Socialstyrelsen

[RMR- Barn och unga med tecken på psykisk ohälsa – omhändertagande inom vårdval vårdcentral och vårdval rehab.](#)

[RMR Våld i nära relationer-indikationer och handläggning](#)

[RMR Barn under 18 år som far illa eller riskerar att fara illa](#)

[Vård- och insatsprogram för depression och ångestsyndrom.](#)

[Barnafrid - nationellt centrum för kunskap om våld mot barn](#), Linköpings Universitet.

[Handbok i Psykologisk första hjälpen](#), Uppsala Universitet

[Webbutbildning i CGAS](#)

Åtgärds-koder

Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik AU006

Psykopedagogisk behandling DU023

Systematisk psykologisk behandling, traumafokuserad kognitiv beteendeterapi UV121

Systematisk psykologisk behandling, annan (CPP) DU009

Systematisk psykologisk behandling, traumaspecifik behandling med EMDR DU014

Systematisk psykologisk behandling, psykodynamisk DU008

Upprättande av samordnad individuell plan, SIP, AU124

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Referenser

[Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom-Stöd för styrning och ledning 2021](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

Granskad av: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

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

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-433

Version: 2.0

Giltig från: 2023-05-31

Giltig till: 2025-05-31