

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2024-08-23

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

Giltig till: 2026-05-23

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

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

Regional medicinsk riktlinje

Tvångssyndrom (OCD) och relaterade syndrom hos barn och ungdomar

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören (SSN 2024-00257), giltig till 2026-05-23.

Utarbetad av Regionalt processteam ångestsyndrom i samarbete med Samordningsrådet för barn- och ungdomspsykiatri och Primärvårdsrådet, samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa.

Syfte

Riktlinjen ger klinisk vägledning för diagnostik och behandling vid Tvångssyndrom (OCD) och relaterade syndrom hos barn och ungdomar och skapa förutsättningar för en god och jämlik vård i hela Västra Götalandsregionen.

Huvudbudskap

OCD och relaterade syndrom (dysmorfofobi, samlarsyndrom, trichotillomani och dermatillomani) kännetecknas av sina specifika symtom. Överlappande symtom och hög grad av samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd, kräver noggrann differentialdiagnostik. Rekommenderad behandling vid tvångssyndrom är Kognitiv beteendeterapi (KBT), exponering med responsprevention (ERP). KBT kan kompletteras med selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) vid otillräcklig effekt, eller när patienten inte kan medverka i KBT.

Förändringar sedan föregående version

Riktlinjen har förändrad titel och ersätter tidigare Vård av barn och ungdom med tvångssyndrom (OCD) och relaterade syndrom. Mindre justering av sakinnehåll, som förtydligande av innehåll och struktur vid psykopedagogisk behandling. Informationsavsnitt om "PANS" har justerats och hänvisning görs till SF BUPs riktlinje för ångest och tvångssyndrom.

Bakgrund

Tvångssyndrom (OCD) definieras av tvångstankar och/eller tvångshandlingar. OCD debuterar vanligen i 10-årsåldern. Prevalensen är 0,5-2 procent bland barn och ungdomar. Det är vanligt att barnet/ungdomen skäms över sina tvång och döljer dem för omgivningen. Den närmaste familjen blir ofta involverad i barnets tvångshandlingar, och risken är att de är med och underlättar tvångshandlingar och undvikande.

I DSM-5 anges dysmorfofobi, samlarsyndrom, trikotillomani och dermatillomani som syndrom relaterade till tvångssyndrom. Dysmorfofobi kännetecknas av fixering vid en eller flera upplevda brister eller defekter i utseendet som andra inte kan se. Samlarsyndrom av överdrivet samlande och svårighet att göra sig av med saker oavsett värde. Trichotillomania av upprepat ryckande av hår vilket resulterar i hårbortfall och dermatillomani av upprepat pillande/rivande på huden vilket medför hudskador.

Diagnos och klassifikation

Diagnoskriterier utgår från DSM-5 och klassifikation enligt ICD-10. I bedömningen ingår att specificera grad av insikt och problematikens svårighetsgrad. Vid tvångssyndrom även att specificera samsjuklighet med tics, vid dysmorfofobi om det är muskulär dysmorfia och vid samlarsyndrom om det är extremt införskaffande.

F42.0-F42.9 (DSM-5:300.3) Tvångssyndrom

F45.2A (DSM-5:300.7) Dysmorfofobi

F42.8A (DSM-5:300.3) Samlarsyndrom

F63.3 (DSM-5:312.3) Trikotillomani

L98.1A (DSM-5: 698.4) Dermatillomani

Samsjuklighet

Vid tvångssyndrom och relaterade tillstånd förekommer hög samsjuklighet (40-80 %), särskilt med följande tillstånd: affektiva syndrom, utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser, tics, ångestsyndrom och ätstörning. Tidig debut av tvångssyndrom har mycket hög samsjuklighet.

Vårdnivåer och samverkan

Primärvård

För barn 0-5 år kontaktas barnhälsovården och för barn och ungdomar från 6 år med lindriga tvångssyndrom eller symtom erbjuds vård inom primärvården i enlighet med [Barn och unga med tecken på psykisk ohälsa-omhändertagande inom vårdval vårdcentral och vårdval rehab.](#)

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

Specialistpsykiatri

Barn och ungdomar med medelsvåra till svåra tvångssyndrom, atypisk eller komplex symtombild och vid psykiatrisk samsjuklighet erbjuds vård inom barn och ungdomspsykiatri. Heldygnsvård bör övervägas vid mycket allvarliga psykiatriska och/eller somatiska symtom.

Vårdsamverkan

Behandling sker vid behov i samverkan med socialtjänst, förskola och skola, då Samordnad individuell plan, [SIP](#), ska erbjudas.

Utredning

En klinisk utredning vid tvångssyndrom kan omfatta:

- Aktuell problematik, inkl. debut och förlopp, omfattning, funktionsförmåga, undvikandebeteenden och vidmakthållande faktorer
- Ärftlighet
- Graviditet, förlossning, utvecklingsanamnes
- Barnets personlighet/temperament
- Somatisk anamnes och status
- 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), enligt [RMR Barn under 18 år som far illa eller riskerar att fara illa](#)
- Riktade frågor om självskadebeteende och suicidriskbedömning (självordstankar särskilt vanligt vid dysmorfofobi)
- Hälso- och livsstilsaspekter som kost, sömn och fysisk aktivitet
- Kartläggning av alkohol och substansbruk
- Tidigare psykisk ohälsa
- Samsjuklighet och differentialdiagnostiska överväganden behöver genomföras innan specifik behandling av tvångssyndrom eller relaterade syndrom påbörjas.
- Vid utebliven/otillräcklig effekt av behandling bör eventuell underliggande problematik utredas

Skattnings- och bedömningsinstrument

Generella	ASEBA: Achenbach System of Empirically Based Assessment Children's Global Assessment Scale (CGAS) Miniguide för CGAS-skattning
Tvångssyndrom	BOCS: Brief Obsessive Compulsive Scale CYBOCS: Children Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale OCI-CV (Obsessive Compulsive Inventory- Child Version)
BDD	BDD-YBOCS: Body Dysmorphic Disorder Modification of YBOCS

	SCID-BDD: Structured Clinical Interview for DSM-IV modul for BDD
Samlarsyndrom	HRS: Hording Rating Scale SIHD: Structured interview for hording disorder Saving inventory-revised SI-R
Trichotillomani	NIMH: The NIMH Trichotillomania Symptom Severity Scale The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale
Dermatillomani	SPS-R: The Skin Picking Scale- Revised NE-Y-BOCS: Yale-Brown obsessive compulsive scale modified for neurotic excoriation
Diagnostisk intervju:	MINI Kid (Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju) Kiddie SADS (Kiddie Social Avoidance and Distress Scale)

Behandling

Behandling vid tvångssyndrom och relaterade syndrom hos barn och ungdomar kan med fördel följa principer för stegvis vård, där en klinisk bedömning av individens symtombild, funktionsnivå och förutsättningar ger vägledning i val av insats. Förmedlingssättet vid psykopedagogisk- och psykologisk behandling kan vara digitalt eller fysiskt och behandlingen kan ges i grupp, familjebaserat eller individuellt. Under behandlingsinsatser är det viktigt att uppmärksamma t.ex. sömnstörning, bristande viktutveckling och psykosociala svårigheter.

Psykoedukation och psykopedagogisk behandling

Strukturerad psykopedagogisk behandling är första steget vid behandling av barn och ungdomar med sjukdomstillstånd eller symptom inom tvångssyndrom eller relaterade syndrom. Insatsen syftar till att ge kunskap till patienten och deras närstående om grundtillståndet, strategier för att hantera symptom, samt lägger fokus på att återskapa/upprätthålla rutiner, skolgång, sömn- och matvanor, sociala kontakter, fysisk aktivitet och att främja ett stöttande familjeklimat.

Psykopedagogisk behandling bör ske i en familjekontext, med delaktighet från föräldrar eller anhöriga, och insatserna anpassas utifrån patientens utvecklingsnivå, ålder och tillståndets svårighetsgrad. Föräldradelaktigheten är högre för yngre barn. Behandlingen innebär ett modulbaserat upplägg och innehåll, där antalet sessioner för att gå igenom modulernas innehåll anpassas efter varje familjs och patients behov. Behandlingen innebär ett målmedvetet arbete med att öka förståelsen för hur ångesttillståndet har uppstått, vidmakthålls, och hur det påverkar barnets vardag. Arbetet sker strukturerat och problemlösande där föräldrarna eller anhöriga får vägledning i att utgöra ett viktigt stöd för barnet i stegvis exponering och minskat användande av säkerhets- eller undvikandebeteenden.

Vid svårare sjukdomstillstånd bör den psykopedagogiska behandlingen begränsas för att inte fördröja andra adekvata behandlingsinsatser.

Psykologisk behandling

Förstahandsval vid tvångssyndrom är KBT med ERP, och detsamma gäller för samlarsyndrom och dysmorfofobi (där inslag av kognitiv omstrukturering och perceptuell återanpassning rekommenderas). Vid Trichotillomani och Dermatillomani rekommenderas KBT med Habit reversal training (HRT).

Läkemedel

Läkemedelsbehandling bör inte vara förstahandsbehandling vid tvångssyndrom och relaterade syndrom. Vid samsjuklighet, t ex dysmorfofobi och depression, kan SSRI vara indicerat. Serotoninåterupptagshämmare (SSRI) bör övervägas vid OCD och dysmorfofobi när behandling med KBT inte gett tillräcklig effekt eller när patienten inte kan tillgodogöra sig KBT. Vid läkemedelsbehandling är Sertralin är förstahandsalternativet. Om det inte ger tillräcklig effekt kan ett annat SSRI-preparat, Escitalopram eller Fluoxetin vara ett alternativ. Det är därför av värde att pröva åtminstone två olika SSRI-preparat innan annat läkemedel övervägs. Tilläggsbehandling med låg dos antipsykotiska (SGA), vanligen aripiprazol eller risperidon kan övervägas vid otillräcklig effekt av behandling för tvångssyndrom med KBT + SSRI. Vid övriga OCD-relaterade tillstånd saknas evidens för läkemedelsbehandling.

Insättningssymtom och biverkningar behöver följas upp systematiskt. Biverkningsskattning/ biverkningsschema kan med fördel användas, med särskild observans avseende tecken på minskad impulskontroll, aktivering, agitation och suicidtankar. Somatisk status med kontroll av vikt, längd, puls och blodtryck ingår vid läkemedelsbehandling. Läkemedelsbehandling bör skötas inom BUP.

Observandum

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom har psykodynamisk korttidsterapi prioritet icke-göra för behandling av barn och ungdomar med OCD, då metoden saknar vetenskapligt stöd och det finns alternativa åtgärder som har effekt.

”PANS” innebär en förmodad hjärninflammation utan neurologisk eller medicinsk sjukdom, som ger symtom i form av plötsligt debuterande tvångssyndrom kopplat till begränsningar i matintag, kombinerat med minst två neuropsykiatriska symtom. För vidare information om behandling se [Svenska barnpsykiatriska föreningen \(remissversion, 2024\). Riktlinje ångest- och tvångssyndrom.](#)

Klinisk uppföljning

Uppföljning och utvärdering av behandling görs, med samma skattningsskalor som initialt, på respektive vårdnivå och mottagning efter avslutad behandling.

Uppföljning av läkemedelsbehandling ska göras strukturerat avseende effekt och biverkningar

Boostersessioner av KBT kan behövas (1-3 st) i samband med utsättning av läkemedel eller under det förstahalsvåret efter avslutad behandling. Sjukdomen kan fluktureras och vid försämring

eller återfall bör barnet erbjudas snabb förnyad kontakt på relevant vårdnivå, för bedömning om det är aktuellt med ny behandlingsperiod av KBT eller läkemedelsbehandling.

Rekommenderade KVÅ-koder:

DU023 Psykopedagogisk behandling

DU011 Systematisk psykologisk behandling, kognitiv-beteendeterapeutisk

UV125 Systematisk psykologisk behandling, kognitiv-beteendeterapeutisk (KBT), med exponering och responsprevention (ERP)

DU009 Systematisk psykologisk behandling, annan (HRT)

Indikatorer och målvärden

Kunskapsstöd för psykisk hälsa ansvarar, i samverkan med enheten Regional vårdanalys för uppföljning, och återkopplar till berörda samordningsråd samt till primärvårdsrådet.

Uppföljning sker via följande indikatorer:

- Antal personer med Tvångssyndrom F42.0-F42.2, Dysmorfofobi F45.2A, Trikotillomani F63.3, Dermatillomani L 98.1A, Samlarsyndrom F42.8A
- Andel av ovanstående personer som får KBT, KVÅ-kod DU011
- Andel av ovanstående personer som får KBT med ERP, KVÅ-kod UVI25

Remissrutiner

[Stöd för remisskrivning till barn- och ungdomspsykiatri, BUP](#)

Patientmedverkan och kommunikation

Personcentrering och patientkontrakt

Upprätta vårdplan och patientkontrakt i samråd med patienten och vårdnadshavare, se

[Regional riktlinje Patientkontrakt inom hälso- och sjukvården.](#)

Var uppmärksam på att det kan finnas barn som anhöriga till syskon, som kan ha behov av information och stöd enligt [RMR- Barn som anhöriga](#).

För vårdgivare

[RMR Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri](#)

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

[RMR Barn under 18 år som far illa eller riskerar att fara illa inklusive barn som har bevittnat/upplevt våld – indikationer och handläggning](#)

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

[RMR Övergång från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri eller primärvård](#)

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

För ”Folddrar och informationsmaterial” gå in under länken: [Ungas psykiska hälsa, UPH – tilläggsuppdrag - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen](#)

Referenser

[BUP Stockholm \(2024\). Farmakainstruktion. Kunskapsstöd för barn och ungdomspsykiatrisk läkemedelsbehandling inom BUP Stockholm.](#)

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

[Svenska barnpsykiatriska föreningen \(2024\). Riktlinje ångest- och tvångssyndrom.](#)

[Vård som inte bör göras- följsamheten till nationella riktlinjer](#)

Innehållsansvarig

Regionalt processteam ångestsyndrom under ledning av samordningsråd barn- och ungdomspsykiatri med ansvar för regional kunskapsstyrning, samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa, kunskapsstod.psykiskhalsa@vgregion.se

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

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

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

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

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-711

Version: 3.0

Giltig från: 2024-08-23

Giltig till: 2026-05-23