

Gäller för: VE Psykiatri

Giltig från: 2026-03-19

Innehållsansvar: Agata Paciorkiewicz-Piechalak, (agapa1), Överläkare

Giltig till: 2028-03-19

Granskad av: Robert Lundin, (roblu4), Överläkare

Godkänd av: Sara Ekström, (sarek4), Verksamhetschef

Repetitiv transkraniell magnetstimulering, rTMS - Psykiatri

Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighet.

Bakgrund, syfte och mål

Socialstyrelsen publicerade den 13 december 2017 ”Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom”. Där tydliggjorde man att rTMS-behandling är ett alternativ till behandling med antidepressiva läkemedel eller ECT för vuxna med medelsvår till svår egentlig depression med prioritet 3 - ”bör erbjudas”.

Förutsättningar

Indikationer för rTMS-behandling

- Från 18 år, äldre personer har på grund av fysiologiska förutsättningar visat sig svara sämre på behandling
- Behandlingsmotiverad patient
- Medelsvår till svår egentlig depression både uni- och bipolär
- Terapirefraktär depression: behandling med minst två olika klasser av antidepressiva läkemedel utan önskad förbättring

Absoluta kontraindikationer

- Metallföremål inklusive inopererade elektriska enheter i eller på huvudet
- Neurologiska sjukdomar som kan medföra ökad risk vid behandling:
 - nyligen debuterad hjärnsjukdom

- cerebrala arteriella aneurysm
- förhöjt intrakraniellt tryck
- Allvarliga somatiska sjukdomar som aortaaneurysm, färsk hjärtinfarkt osv
- Aktivt missbruk
- Behandling med bensodiazepiner
- Maxvikt 130 kg (behandlingsstolens maxvikt)

Relativa kontraindikationer

- Inopererade elektriska enheter i eller på överkroppen
- Långvariga tillstånd där diagnosegentlig depression är tveksam
- Migrän, återkommande svår huvudvärk
- Bristfällig effekt av tidigare väl genomförd rTMS

Avgränsningar

Målgrupp: Läkare inom psykiatri och primärvården

Diagnosgrupper: Terapirefraktär egentlig depression av medelsvår eller svår grad

Arbetsbeskrivning

Remittering

Patientansvarig läkare på psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Anmälan för ställningstagande till ev. rTMS-behandling görs genom ”brev för kännedom” med hänvisning till journalanteckning. Brevet skickas till Hjärnstimuleringsmottagningen, psykiatrihuset, SkaS Skövde.

Patientansvarig läkare på primärvården.

Remiss för ställningstagande till ev. rTMS-behandling skickas till Hjärnstimuleringsmottagning, psykiatrihuset, Lövängsvägen 1, 541 85 Skövde.

Vid frågor kan läkaren kontakta mottagningen på telefonnummer: **0500-44 76 70**

Remissbedömning

Fortlöpande av ansvarig överläkare.

Patient som är kvalificerad till behandling informeras via brev med bokad tid för bedömningsamtal, [patientinformation](#) och

självskattningsskalor: MADRS-S, EQ-5D och CPRS-minnes-självskattning samt eventuellt ytterligare skattningsformulär som ifylls i av patienten.

Bedömningsbesök

Ansvarig överläkare

- Träffar patienten i Hjärnstimuleringsmottagningens lokaler
- Ansvarar för samlad diagnostisk bedömning samt utvärdering av patientens aktuella psykiska tillstånd
- Beslutar om rTMS-behandling skall utföras eller inte
- Ger patienten muntlig och skriftlig information om rTMS-behandling samt rutiner inklusive uppföljning
- Informerar om hur patienten ska förhålla sig till medicinering, läkemedelsanvändning och alkohol under behandlingsperioden
- Ger patienten information om datum och tid för start av behandling
- Ansvarar för remissvar till inremitterande läkare

Flödesschema

Behandlingen utförs fem dagar i veckan på eftermiddagar, ej röda dagar, vanligtvis upp till 30 behandlingstillfällen – 3 till 6 behandlingsveckor. Dokumentation förs i Melior öppenvårdsjournal.

Under första besöket mäts motortröskel. Upprepas under behandlingsserie samt vid avvikande situation som t.ex. dålig sömn natten före behandling.

Om flera behandlingar i rad (fler än två) inte genomförs eller vid fler än tre enstaka avbrott avbryts behandlingen. Remitterande läkare informeras.

Uppföljning genomförs av sjuksköterska/skötare fortlöpande med skattningsformulär (som ovan), eventuellt ytterligare skattningsformulär.

Ansvarig överläkare genomför bedömning/utvärdering inom 14 dagar efter avslutad behandling och ansvarar för remissvar till inremitterande läkare. Samordnare ansvarar för att skattningsformulär (som ovan) fylls i av patienten sex månader efter genomförd behandling.

Rekommendationer

Under hela behandlingstiden och en vecka innan behandlingsstart:

- Skall patienten vara fri från bensodiazepiner.
- Skall ingen insättning, dosjustering eller preparatförändring av psykofarmaka göras

Käll- och litteraturförteckning

[Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Psykiatri

Innehållsansvar: Agata Paciorkiewicz-Piechalak, (agapa1),
Överläkare

Granskad av: Robert Lundin, (roblu4), Överläkare

Godkänd av: Sara Ekström, (sarek4), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9718-621466736-36

Version: 7.0

Giltig från: 2026-03-19

Giltig till: 2028-03-19