OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Västra Götalandsregionen
Giltig från: 2026-10-27
Innehållsansvar: Ronja Freyholtz, (ronbu1), Vårdenhetschef
Giltig till: 2027-10-27
Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef
Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

Depression hos barn och ungdomar

Utarbetad av Regionalt processteam depression i samarbete med Samordningsråd barn- och ungdomspsykiatri samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa.

Innehåll

Syfte 2
Diagnos 2
Samsjuklighet 2
Utredning – bedömning 2
Behandling 3
Uppföljning 4
Åtgärdskoder 5
Vårdnivå 5
Uppföljning av denna riktlinje 6
Innehållsansvarig 6
Referenser 6

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Syfte

Klinisk vägledning för diagnostik och behandling vid depression hos barn och ungdomar för att skapa förutsättningar för god och jämlik vård i hela Västra Götalandsregionen.

Diagnos

Diagnostisk bedömning görs enligt DSM-5. I bedömningen ingår en specifikation avseende samtidigt förekommande ångest, inslag av mani/hypomani, melankoli, atypiska drag, psykotiska symtom, katatoni, peripartumdebut eller årstidsvariation.

Klassifikation görs enligt ICD-10

Depressiv episod

F32.0-lindrig

F32. l-måttlig

F32.3-svår episod, utan psykotiska symtom

F32.4-svår episod, med psykotiska symtom

F32.8 Andra specificerade depressiva episoder

F32.9 Depressiv episod, ospecificerad

F 34.1Ihållande depression (Dystymi)

F41.2 Blandade ångest, och depressionstillstånd användas i undantagsfall, när ingen mer specifik diagnos kan ställas, vid förekomst av symtom på både ångest och depression.

Riktad screening

MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Raiting Scale) eller BDI (Becks Depression Inventory) kan användas som en del i bedömningen Det är särskilt viktigt att identifiera depressionens kärnsymtom: nedstämdhet, irritabilitet och anhedoni. Alla barn och ungdomar som söker vård för psykiska besvär ska screenas för depressionens kärnsymtom och för dödstankar

Samsjuklighet

Depression har stor samsjuklighet med ångest, ätstörning, akuta stressreaktioner, substansbruk/missbruk, PTSD, OCD, AST och ADHD.

Utredning – bedömning

- MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Raiting Scale) eller BDI (Becks Depression Inventory)
- Ärftlighet

- Psykosociala stressfaktorer (missbruk, våldsutsatthet, sexuella övergrepp)
- Somatiskt tillstånd (anemi, infektion, hypothyreos, diabetes, smärttillstånd, glutenintolerans)
- Missbruk av droger/alkohol
- Biverkan av läkemedel (centralstimulantia, p-piller, steroider)
- Alternativa psykiatriska tillstånd (bipolära svängningar, ångestsyndrom, tvångssyndrom, posttraumatisk stress, ätstörning, utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar)
- Suicidriskbedömning, länk till RMR Suicidalitet hos barn och ungdom - akut bedömning/handläggning.
- Våldsriskbedömning kan vara aktuellt.
- Kartläggning av självskadebeteende
- MINI-KID som komplement till klinisk bedömning kan användas vid behov
- CGAS (Childrens's Global Assessment Scale) kan användas
- För små barn är föräldraproblem och barnproblem ofta sammanflätade och svåra att skilja på. Beteendeproblem liksom emotionella problem hos små barn har ett starkt samband med psykosociala belastningar på familjen. En värdering av ett barns symtom måste därför inbegripa föräldrafunktionen liksom biologiska faktorer som kan påverka barnets utveckling (sjukdom, prematuritet, hjärnskador)

Observandum
Socialstyrelsen avråder från att använda BCFPI (Föräldraversionen av Brief child and family phone interview) som enda instrument för att upptäcka ångest och depression.

Behandling

1. **Psykopedagogisk behandling**
   Psykopedagogisk behandling fysiskt eller digitalt, familjebaserat, enskilt eller i grupp. Psykopedagogiken ska vara strukturerad och problemlösande.

   Efter psykopedagogisk behandling utvärderas effekten och ställningstagande till fortsatta insatser. För barn och ungdomar som inte svarar på psykopedagogisk behandling enligt ovan bör den kombineras eller ersättas med annan sjukdomsspecifik behandling.

2. **Psykologisk behandling**
   - Kognitiv beteendeterapi (KBT), individuellt eller i grupp
   - Interpersonell psykoterapi (IPT)

Specifik psykologisk behandling skall inte ges som första behandling vid lindrig depression.

Läkemedelsbehandling

1. SSRI (fluoxetin) bör gesom ej tydlig förbättring efter psykopedagogisk behandling vid medelsvår depression
2. Vid svår depression ges SSRI redan efter två veckor om ej tydlig förbättring efter psykopedagogisk behandling
3. Om utebliven effekt eller besvärande biverkningar av fluoxetin bör ett byte ske till annat SSRI (sertralin eller escitalopram)
4. Kombinationsbehandling kan bli aktuell som tillägg till fluoxetin vid partiell effekt, mirtazapin i låg dos eller bupropion
5. Byte till SNRI (duloxetin) kan prövas om två SSRI inte gett effekt
6. Litium som tillägg eller ECT ska övervägas svår depression som inte svarar på annan behandling eller om tillståndet är livshotande.

Paroxetin och venlafaxin ska inte användas på grund av risk för ökad suicidalitet. Läkemedelsbehandling med antidepressiv medicin skall ej ges vid lindrig depression eller i första skedet av en medelsvår depression. Läkemedelsbehandling bör ske inom BUP:

Återfallsförebyggande behandling

- Antidepressiva läkemedel till barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression i remission
- KBT som tillägg till antidepressiva läkemedel till barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression.

Uppföljning

- Vid alla behandlingssamtal ska förloppet av symtom (via intervju och MADRS), risk och funktion följas.
- Behandlingseffekten ska regelbundet utvärderas
- Efter 4 - 8 veckors behandling bör en mer omfattande utvärdering göras.

Små barn

Insatser fokuserade på barnets sociala miljö och omsorgspersoner. Det råder generell konsensus om att i första hand fokusera insatser på anknytning och samspel, föräldrarnas omsorgsförmåga liksom familjens sociala livssituation och stödbehov.

Vid otillräcklig behandlingseffekt av kunskapsbaserade behandlingsinsatser med KBT, IPT och medicinering ska man ställa följande frågor:

- Är diagnostiken korrekt? Är bipolaritet missad?

- Finns det bakomliggande samsjuklighet som inte noterats eller fått otillräcklig behandling? Tänk exempelvis på uppmärksamhetsstörning, ångestsyndrom, autistiska drag och personlighetsproblematik.
- Finns behov av psykologutredning?
- Finns behov av somatisk utredning?
- Finns ett pågående missbruk?
- Depression eller missbruk hos förälder?
- Belastning av pågående konflikter?
- Finns belastning från skolgången? Är kraven lagom, stödet tillräckligt, mobbning utesluten?
- Finns annan pågående psykosocial belastning?
- Hur fungerar mat, sömn, aktivering och fysisk aktivitet?
- Är behandlingen otillräcklig vad gäller allians, psykosocialt fokus och behandlingsföljsamhet så att byte av strategi eller byte av behandlare ska övervägas?

Vid utebliven effekt med kunskapsbaserade behandlingar som KBT, IPT och medicinering kan man i undantagsfall överväga psykologiska behandlingsmetoder med lägre vetenskapligt stöd som Psykodynamiskt korttidsterapi. Innan behandling med metoder med lägre vetenskapligt stöd ska det ha skett en fördjupad utvärdering och bedömning av otillräcklig effekt med kunskapsbaserade behandlingsmetoder.

Åtgärdskoder

Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik	AU006
Strukturerad suicidriskbedömning	AU118
Psykopedagogisk behandling (psykosocial basbehandling)	DU023
Systematisk psykologisk behandling, KBT	DU011
Systematisk psykologisk behandling, IPT	DU022
Systematisk psykologisk behandling, PDT	DU008
ECT-unilateral	DA024

Vårdnivå

Barn och ungdomar med lindriga symtom på depression ska behandlas inom PV, se RMR: Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri och RMR: Barn och unga med tecken på psykisk ohälsa - omhändertagande inom vårdval vårdcentral och vårdval rehab.

Uppföljning av denna riktlinje

Kunskapsstöd för psykisk hälsa ansvarar i samverkan med enheten regional vårdanalys för uppföljning och återkopplar till berörda samordningsråd samt till primärvårdsrådet genom följande indikatorer.

Andel nyinsjuknade individer inom depression med psykopedagogisk basbehandling resp KBT.

1. Definition: Täljare: antal nyinsjuknade individer med depression som inom två månader erhållit insatsen Psykopedagogisk basbehandling (DU023).
   Nämnare: antal nyinsjuknade individer med depression.
   Måltal: 80%
2. Definition: Täljare: antal nyinsjuknade individer med depression som inom fyra månader erhållit insatsen KBT i grupp eller individuellt (DU011).
   Nämnare: antal nyinsjuknade individer med depression.
   Måltal: 80%

Källa: Vega
”Nyinsjuknade ” betyder första gången inom vårdepisoden på BUP som individer noteras med depressionsdiagnos.

Innehållsansvarig

Regionalt processteam depression under ledning av samordningsråd med ansvar för regional kunskapsstyrning samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa
kunskapsstod.psykiskhalsa@vgregion.se

Referenser

Länk till Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Länk till Farmakainstruktion 2024_Orginal_20240619.pub (sfbup.se)

Länk till Nationella vård- och insatsprogram (vardochinsats.se)

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Ronja Freyholtz, (ronbu1), Vårdenhetschef

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

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

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-549

Version: 4.0

Giltig från: 2026-10-27

Giltig till: 2027-10-27