

Regional medicinsk riktlinje

Ångestsyndrom hos barn och ungdomar

Syfte

Riktlinjen ger klinisk vägledning vid diagnostik och behandling av barn och ungdomar med separationsångest, selektiv mutism, specifik fobi, social ångest, paniksyndrom och generaliserat ångestsyndrom i syfte att skapa förutsättningar för en god och jämlik vård i hela VGR.

Huvudbudskap

Ångestsyndrom är vanligt förekommande hos barn och ungdomar. Tidig upptäckt och behandling ökar möjligheterna för en god prognos.

Ångestsyndrom självläker vanligen ej, utan tenderar att förvärras och obehandlade leder de ofta till psykisk ohälsa i vuxen ålder.

Förändringar sedan föregående version

Riktlinjen är inlagd i en ny mall. Mindre redaktionella förändringar och anpassningar. Förtydligande har gjorts kring innehåll och struktur vid psykopedagogisk behandling. Läkemedelsdelen har byggts ut.

Rekommenderade åtgärds-koder har minskats i antal.

Vårdnivåer och samverkan

Primärvård

För barn 0-5 år kontaktas barnhälsovården. Barn och ungdomar från 6 år med lindriga ångestsyndrom eller symtom erbjuds vård inom primärvården i enlighet med [RMR 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 avseende barn med psykisk ohälsa och/eller psykiatriska tillstånd](#).

Specialistpsykiatri

Barn och ungdomar med medelsvåra till svåra ångestsyndrom, atypisk eller komplex symtombild och vid psykiatrisk samsjuklighet erbjuds vård inom barn och ungdomspsykiatri.

Vårdsamverkan

Behandling sker vid behov i samverkan med socialtjänst, förskola och skola, då Samordnad individuell plan, [SIP](#), ska erbjudas. Vid exempelvis selektiv mutism bör förskole-/skolpersonal involveras i behandlingsarbetet, varvid specialpedagogiska [Skolmyndigheten](#) kan utgöra en resurs för pedagogisk handledning

Bakgrund

Ångestsyndrom är vanligt förekommande tillstånd hos barn och ungdomar.

Ångestsyndrom utgör den vanligaste och ofta tidigaste debuterande orsaken till psykiatrisk ohälsa. Drygt 15–20 procent av alla barn beräknas ha uppfyllt kriterierna för ett ångestsyndrom under sina första 18 år. Separationsångest och selektiv mutism är tillstånd som vanligtvis utvecklas tidigt i barndomen, och prepubertal debut förekommer ofta även för social fobi och specifik fobi. GAD och paniksyndrom debuterar vanligtvis under sena tonår eller tidig vuxenålder. Bidragande faktorer till att ångestsjukdomar utvecklas är ett samspel mellan

hereditet, sårbarhets- och temperamentsfaktorer hos individen, copingstrategier inom familjen, samt påfrestande livshändelser. Tidig upptäckt och tidiga insatser rekommenderas, då utebliven adekvat behandling innebär en risk för succesiv försämring, funktionsnedsättning och suicidrisk.

Diagnos och klassifikation

Diagnoskriterier utgår från DSM-5 och klassifikation görs enligt ICD-10.

F93.0 Separationsångest i barndomen

F94.0 Selektiv mutism

F40.2 Specifik fobi

F40.1 Social fobi alt. F93.2 Social ångest i barndomen

F41.0 Paniksyndrom

F41.1 Generaliserat ångestsyndrom alt. F93.1 Fobisk ångest i barndomen

F41.8 Andra specificerade ångesttillstånd

F 41.9 Ångesttillstånd ospecificerat, användas i undantagsfall när ingen mer specifik diagnos inom ångestsyndrom kan ställas.

F41.2 Blandade ångest och depressionstillstånd, användas i undantagsfall när ingen mer specifik diagnos kan ställas.

Samsjuklighet och differentialdiagnostik

Samsjuklighet är vanligt vid ångestsyndrom och förekommer i upp till 60-70 procent av fallen. Psykiatriska tillstånd som kan förekomma samtidigt med ångestsyndrom är adhd, depression, tvångssyndrom, autism, bipolärt syndrom, psykotiskt syndrom, ätstörning, trottsyndrom eller uppförandestörning, missbruk och PTSD. Utöver samsjuklighet är ångest också ett vanligt tilläggssymtom vid flera psykiatriska tillstånd. Det förekommer hög grad av överlappning mellan olika ångesttillstånd, där exempelvis flertalet barn med selektiv mutism även utvecklar social fobi. Somatiska tillstånd, som migrän, astma och hypoglykemi kan ge upphov till ångestsymtom, liksom läkemedelsbehandling med astmaläkemedel, kortisonpreparat, SSRI och antipsykotika.

Vanliga differentialdiagnostiska tillstånd vid ångestsyndrom är ADHD, missbruk, autismspektrumtillstånd, inlärningssvårigheter och mani, som kan ge symtom liknande de som ses vid ångeststörningar.

Utredning

Klinisk utredning vid ångesttillstånd 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 (vid selektiv mutism även eventuell hörselnedsättning)

Bedömning av verbal och ickeverbal förmåga i olika sociala sammanhang (vid selektiv mutism)

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, enligt [RMR Barn under 18 år som far illa eller riskerar att fara illa – indikationer och handläggning](#).

Riktade frågor om självskadebeteende och suicidriskbedömning

Kartläggning av alkohol och substansbruk

Tidigare psykisk ohälsa

Samsjuklighet och differentialdiagnostiska överväganden, särskilt ämnesomsättnings- och hormonrubbningar (hypotyreoos, feokromocytom), andningsbesvär, hjärtsjukdom, läkemedelsbiverkan, språkstörning

Vid terapiresistenta ångestsymtom bör underliggande problematik utredas

Skattnings- och bedömningsinstrument

Skattningsskalor som kan användas:

- SCARED-R (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – Revised) med separata formulär för barn och föräldrar
- SCAS (Spence Children's Anxiety Scale) (vid ångest) som är självskattningsinstrument med separata formulär för [barn](#) och [föräldrar](#)
- [SMQ \(Selective Mutism Questionnaire\)](#) (vid selektiv mutism)

- [SSQ \(School Speech Questionnaire\)](#) (vid selektiv mutism)
- [Children's Global Assessment Scale \(CGAS\)](#) för skattning av funktionsnivån
- [Miniguide för CGAS-skattning](#)

Diagnostisk intervju:

- [Kiddie SADS \(Kiddie Social Avoidance and Distress Scale\)](#)

Behandling

Behandling vid ångestsyndrom 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 på respektive vårdnivå. De stegvisa insatserna beskrivs nedan: psykopedagogisk behandling, kognitiv beteendeterapi, läkemedelsbehandling med SSRI-preparat, samt kombinationsbehandling KBT + SSRI vid svårare tillstånd.

Psykopedagogisk behandling

Strukturerad psykopedagogisk behandling är första steget vid behandling av barn och ungdomar med sjukdomstillstånd eller symtom inom ångestsyndrom. Insatsen (fysiskt eller digitalt, enskilt eller i grupp) syftar till att ge kunskap till patienten och deras närstående om grundtillståndet, strategier för att hantera symtom, 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.

För informationsfolder ”Mer än rädd” gå in under ”Foldrar och informationsmaterial” genom länken: [Ungas psykiska hälsa, UPH – tilläggsupdrag - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen](#)

Psykologisk behandling

Kognitiv beteendeterapi (KBT) har god evidens vad gäller ångestsyndrom av mild till måttlig svårighetsgrad. Förmedlingssättet kan vara fysiskt eller digitalt, och behandlingen kan ges individuellt, i grupp eller familjebaserat.

Läkemedel

Läkemedelsbehandling bör inte vara förstahandsbehandling vid lindriga till medelsvåra ångestsyndrom. Vid medelsvåra till svåra tillstånd kan läkemedelsbehandling med SSRI erbjudas från behandlingsstart tillsammans med KBT, samt vid utebliven effekt med KBT se RMR [Läkemedel](#) [Ångestsjukdomar](#) och [Farmakainstruktion](#)

- SSRI-preparat är förstahandsval, Sertralin. Vid otillräcklig effekt, provas annat SSRI-preparat, Fluoxetin, eller Escitalopram
- Lågdos neuroleptika, Risperidon eller Aripiprazol kan användas som tillägg till SSRI, speciellt vid samsjuklighet som tex inslag av tvång.
- Vid behovsmedicinering: Lergigan (Prometazin) 25mg eller Atarax (Hydroxizin) 10-25mg. Theralen 10mg, Quetiapin 25-50mg vid allvarligare problematik.
- SSRI (Sertralin) kan användas i generellt anxiolytiskt syfte i lägre doser då ångest finns som tilläggsymptom och stående behandling behövs, exempelvis hos barn och unga med autism i perioder av stress och belastning som är svår att påverka. Vid Gad och tvångssyndrom kan högre doser Sertralin behöva användas, upp mot 200mg.

Insättningssymtom och biverkningar behöver följas upp systematiskt. Biverkningskattning/ biverkningschema kan med fördel användas, med särskild observans avseende tecken på minskad impuls kontroll, aktivering, agitation och suicidtankar. Somatisk status med kontroll av vikt, längd, puls och blodtryck ska ingå vid läkemedelsbehandling. Medicinering bör skötas inom BUP.

Kombinationsbehandling KBT + SSRI bör påbörjas direkt efter psykopedagogisk behandling vid svårare tillstånd

Klinisk uppföljning

Uppföljning och utvärdering av behandling görs på respektive vårdnivå efter avslutad behandling, med de skattningsskalor som användes initialt. Tillståndet kan fluktuera, och vid försämring eller återfall bör personen erbjudas snabb förnyad kontakt på relevant vårdnivå.

Åtgärds koder

Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik	AU006
Psykopedagogisk behandling	DU023
Systematisk psykologisk behandling, KBT	DU011

Indikatorer och målvärden

Andel nyinsjuknade individer inom ångest med behandling, psykopedagogisk basbehandling respektive KBT.

- Definition: Täljare: antal nyinsjuknade individer inom ångest som inom två månader erhållit insatsen Psykopedagogisk basbehandling (DU023)
Nämnare: antal nyinsjuknade individer inom ångest. Målvärde: 80%
- Definition: Täljare: antal nyinsjuknade individer inom ångest som inom fyra månader erhållit insatsen KBT i grupp eller individuellt (DU011) Nämnare: antal nyinsjuknade individer inom ångest. Målvärde: 80%

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

Remissrutiner

[Information och stöd vid remisskrivning - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen](#)

Patientmedverkan och kommunikation

Personcentrering och patientkontrakt

Upprätta vårdplan och patientkontrakt i samråd med patienten och vårdnadshavare, se RMR [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 [Barn som anhöriga](#)

Patientinformation

[Informationsmaterial om ångestsyndrom - Är du orolig eller har ångest](#)

[Information om ångest från hemsidan Snorkel](#)

[Ångest och fobier hos barn - 1177](#)

[Ångestförbundet](#)

För vårdgivare

[CGAS webbutbildning](#)

[RMR Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri avseende barn med psykisk ohälsa och/eller psykiatriska tillstånd](#)

[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.](#)

Innehållsansvarig

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

Referenser

[BUP Stockholm \(2023\). 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 \(remissversion 2024\). Riktlinje ångest- och tvångssyndrom.](#)

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

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: SSN11800-2140136717-720

Version: 4.0

Giltig från: 2026-05-22

Giltig till: 2028-05-22