

## Regional medicinsk riktlinje

# Tvångssyndrom (OCD) och relaterade syndrom (vuxna)

## Innehåll

Syfte.....	1
Huvudbudskap.....	2
Förändringar sedan föregående version .....	2
Bakgrund.....	2
Vårdnivå och samverkan .....	3
Utredning.....	4
Behandling .....	4
Läkemedel.....	5
Klinisk uppföljning .....	6
Indikatorer och målvärden.....	6
Remissrutiner .....	6
Sjukskrivning .....	6
Patientmedverkan och kommunikation.....	7
För vårdgivare.....	7
Innehållsansvarig.....	7
Bilaga 1: Remissförfarande till subspecialiserad mottagning för tvångssyndrom.....	8

## Syfte

Att skapa förutsättningar för en god och jämlik vård för personer med tvångssyndrom i hela Västra Götalandsregionen.

## Huvudbudskap

Tvång är sällan den primära sökorsaken. Rekommenderad behandling vid tvångssyndrom är psykologisk behandling: kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering och responsprevention (ERP). Alternativ till psykologisk behandling är farmakologisk behandling med SSRI. Bensodiazepiner har ingen effekt mot tvångssyndrom och bör undvikas vid ångestsjukdomar på grund av risk för beroendeutveckling.

## Nytt sedan föregående version

- Uppdaterade länkar och mindre språkliga justeringar.
- Redaktionella ändringar.

## Bakgrund

Tvångssyndrom eller OCD (Obsessive Compulsive Disorder) återfinns hos cirka två procent av befolkningen. För en tredjedel av dessa kan tillståndet vara svårt, med omfattande varaktiga symtom och en sänkt livskvalitet. Vid utebliven adekvat behandling finns risk för successiv försämring med ytterligare funktionsnedsättning samt ökad suicidrisk. Samsjuklighet med depression och andra ångestsyndrom är vanligt förekommande.

### Diagnos och klassifikation

Diagnoskriterier utgår från DSM-5 med klassifikation enligt ICD-10. I DSM-5 anges dysmorfofobi, samlarsyndrom, trikotillomani och dermatillomani som syndrom relaterade till tvångssyndrom. I bedömningen ingår att specificera grad av insikt och problematikens svårighetsgrad. För diagnos krävs att symtomen är tidskrävande (en timme om dagen eller mer) eller orsakar signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden.

F42.0-F42.2 (DSM-5:300.3) Tvångssyndrom präglad av tvångstankar och/eller tvångshandlingar.

F45.2A (DSM-5:300.7) Dysmorfofobi (Body Dysmorphic Disorder - BDD).

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

F63.3 (DSM-5:312.3) Trikotillomani (TTM).

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

### Differentialdiagnostik

Ovanstående diagnoser differentieras från tvångsmässiga eller repetitiva beteenden med ursprung i

- psykosjukdomar inklusive vanföreställningssyndrom

- autismspektrumstörning - repetitiva beteendemönster vid autism kan vara tvångsproblematik men kan också vara relaterade till stress och oro som snarare behöver åtgärdas genom miljöanpassning
- ritualiserade beteenden vid ätstörning och överdriven träning
- substansbrukssyndrom, inklusive spelberoende, skärmhälsa, sexmissbruk och shoppingmissbruk
- beteende-, impuls kontroll- och uppförandestörningar
- hypokondri med önskemål om frekvent provtagning för exempelvis smittsam sjukdom eller malignitet
- ältande av skuldkänslor vid depression
- PTSD med omfattande säkerhetsbeteende
- självskada
- rörelsestereotyper till exempel tics och Tourettes syndrom
- emetofobi (kräkfobi).

Vid tvångsmässigt personlighetssyndrom finns jagsyntona föreställningar till skillnad från tvångssyndrom då tvångsföreställningarna är jagdystona, det vill säga påträngande, inkongruenta med personens värderingar.

## Vårdnivå och samverkan

### Primärvården

Primärvården uppmärksammar, utreder och behandlar personer med tvångsproblematik.

- Vid lindrigt till medelsvårt tvångssyndrom sker behandling enligt stegvis vård.
- Vid medelsvårt till svårt tvångssyndrom remitteras till specialistpsykiatri. Remissinnehåll enligt RMR [Ansvarsfördelning och konsultation mellan primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\)](#).

### Specialistpsykiatri

- Fördjupad bedömning avseende problematik, diagnostik och samsjuklighet.
- Nytt behandlingsförsök, mer intensiv behandling, eventuellt längre sessioner för exponering samt ökat terapeutstöd.
- Bedöms patienten vara i behov av subspecialiserad mottagning skickas remiss dit utan behandlingsförsök. Vid remittering ska fast vårdkontakt ha utsetts inom specialistpsykiatri dit patienten kan vända sig under och efter avslutad behandling.

## **Subspecialiserad regional mottagning för tvångssyndrom**

Konsultation erbjuds till vårdgrannar. Vid OCD-mottagningen erbjuds tidsbegränsad KBT-behandling. Remittering sker från specialistpsykiatri (se bilaga 1 förremissförfarande och aktuella diagnoser).

För personens vidmakthållande av behandlingsresultat krävs en utsedd fast vårdkontakt inom specialistpsykiatri och respektive psykiatrisk öppenvårdsmottagning har fortsatt ansvar för eventuell farmakologisk behandling och övriga insatser såsom sjukskrivning.

## **Vårdsamverkan**

Vid tvångssyndrom och relaterade syndrom med sociala och medicinska implikationer bör [samordnad individuell plan](#) (SIP) erbjudas för samordnade åtgärder mellan aktuella vårdinstanser och socialtjänst och/eller samverkan med Arbetsförmedling och Försäkringskassa.

## **Utredning**

Tvångssyndrom är sällan personens direkta sökorsak. Hälso- och sjukvården bör därför aktivt ställa frågor kring tvångssymtom vid ångest, depression och vissa somatiska åkommor, till exempel handeksem. Strukturerad intervju med MINI eller SCID-I som komplement till den kliniska bedömningen ökar den diagnostiska träffsäkerheten och identifierar eventuell samsjuklighet. I utredningen ingår sedan vanligt somatiskt status. Suicidriskbedömning ska ingå. Det finns en ökad suicidrisk vid tvångssyndrom, särskilt vid samsjuklighet, och vid BDD.

Rekommenderade [diagnosspecifika skattningsskalor](#) för bedömning av symtomnivå/ svårighetsgrad samt utvärdering av behandlingseffekt är:

Y-BOCS standardskala lång/kort version, OCI-R (Obsessive Compulsive Inventory Revised) och BOCS (Brief Obsessive Compulsive Scale).

## **Behandling**

Rekommenderad behandling vid tvångssyndrom är psykologisk behandling, KBT med ERP (prio 1) eller/och farmakologisk behandling med SSRI (prio 2). Generell rekommendation om fysisk aktivitet som komplement är gynnsamt vid de flesta ångesttillstånd.

Vetenskapligt stöd saknas för annan psykologisk behandling vid OCD. Behandling med bensodiazepiner har ingen effekt vid tvångssyndrom och bör undvikas.

## **För alla svårighetsgrader av tvång**

- Muntlig och skriftlig information om tillstånd, effektiva behandlingsalternativ och psykopedagogiska interventioner

förmedlas till den vårdsökande och med fördel även till närstående.

### **Psykologisk behandling vid lindriga till medelsvåra tvångssyndrom**

- KBT med ERP. I första hand erbjuds behandling i form av vägledad självhjälp med diagnosspecifika manualer/böcker.
- Om förutsättningar saknas för, eller om effekt av vägledad självhjälp uteblir, erbjuds individuell behandling. Förmedlingsätt är underordnat; grupp, digitalt, digi-fysiskt eller fysiskt.

### **Psykologisk behandling vid svåra tvångssyndrom**

KBT med ERP har visat sig framgångsrik även för långvariga och svåra besvär och för personer med samsjuklighet. Vid tidigare behandlingsförsök utan framgång bör man prova mer intensiv behandling, eventuellt längre sessioner för exponering samt ökat terapeutstöd.

Samsjuklighet är vanligtvis inget hinder för KBT med ERP och lindring av komorbida symtom kan förekomma vid förbättring av tvångsproblematiken. Samsjuklighet ska alltid beaktas, särskilt vid bristande följsamhet till behandlingsplaneringen. Vid osäkerhet om behandlingsrekommendation, exempelvis vid tvångssymtom tillsammans med neuropsykiatrisk problematik, kan en avgränsad behandlingsserie med KBT med ERP provas och utvärderas. Särskilda anpassningar av KBT med ERP behövs vid samlarsyndrom och BDD. Den specifika metoden Habit reversal training (HRT) rekommenderas vid tvångsrelaterade syndrom som TTM och DTM.

Behandlingsförsök för BDD, TTM, DTM och samlarsyndrom erbjuds eventuellt med konsultation från den subspecialiserade mottagningen. I annat fall remiss till subspecialiserad mottagning för tvångssyndrom. Även vid medelsvår till svår OCD med eventuell samsjuklighet och minst ett behandlingsförsök, som inte givit önskvärt resultat, remitteras personen till subspecialiserad mottagning för tvångssyndrom. (Remissförfarande se bilaga I).

## **Läkemedel**

Farmakologisk behandling är ett alternativ om psykologisk behandling inte ger önskad effekt eller om personen avböjer sådan. SSRI är förstahandsval (man kan prova två olika läkemedel), i andra hand klomipramin eller SNRI (venlafaxin). Vid tvångssyndrom kan behandlingssvaret dröja, ett adekvat behandlingsförsök bör vara minst sex veckor på maximal tolerabel dos. Högre doser kan behövas vid tvångssyndrom än till exempel vid depression.

Behandling med antipsykotiska läkemedel (aripiprazol, risperidon) i låg dos kan adderas till antidepressiva läkemedel till vuxna med svårt behandlingsresistent tvångssyndrom (specialistnivå), se även RMR [Ångestsjukdomar](#).

## Klinisk uppföljning

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

### KVÅ-koder

Psykopedagogisk behandling	KVÅ-kod	DU023
Behandling med KBT med ERP	KVÅ-kod	UV125

## 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 diagnoser som får KBT med ERP, KVÅ-kod UV125.
- Andel av ovanstående diagnoser som får bensodiazepiner utifrån målsättningen med minskad användning över tid.

## Remissrutiner

[RMR Ansvarsfördelning och konsultation mellan primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\)](#), samt för subspecialiserad mottagning, se bilaga 1.

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

## Sjukskrivning

[Beslutsstöd för diagnoser, Socialstyrelsen](#).

Vid intensiva behandlingsinsatser finns möjlighet till förebyggande sjukpenning.

# Patientmedverkan och kommunikation

## **Familjeperspektivet**

Anhöriga till person med tvång löper risk att bli indragna i ett destruktivt mönster där tvånget tar över relationen vilket innebära att den anhörige anpassar sitt beteende till personen med tvång i hopp om att kunna hjälpa. Det finns stöd att få för anhöriga via Anhörigstöd i kommunen, [1177.se](#).

Uppmärksamma om det finns barn som anhöriga och ge information och stöd enligt RMR [Barn som anhöriga](#). Ta ställning till orosanmälan RMR [RMR Barn under 18 år som far illa eller riskerar att fara illa - indikationer och handläggning](#)

## För vårdgivare

### **Patientinformation**

[OCD-Tvångssyndrom](#), 1177.se VGR  
[OCD-förbundet](#)

### **Utbildning och stöd**

[OCD-mottagningen i Lerum](#)

### **Angränsande RMR**

RMR [Ångestsjukdomar](#)

## Innehållsansvarig

Samordningsråd vuxenpsykiatri.

## Bilaga 1: Remissförfarande till subspecialiserad mottagning för tvångssyndrom

De regionala subspecialiserade OCD-mottagningarna erbjuder konsultativa insatser, utredning, bedömning samt tidsbegränsad specifik behandling av tvångssyndrom och relaterade syndrom. För remiss till de regionala OCD-mottagningarna krävs att patienten har en etablerad behandlingskontakt vid en psykiatrisk mottagning som ansvarar för all övrig behandling.

### Remissinnehåll

- Tydlig frågeställning.
- Aktuella symtom/problem: tvångets art och omfattning, debut av tvångssymtom.
- duration, påverkan på funktionsnivå och livskvalitet.
- Insikt avseende tvångsproblematiken.
- Psykiatrisk samsjuklighet utifrån strukturerad intervju M.I.N.I. eller SCID-1, se RMR [Basutredning inom vuxenpsykiatri](#).
- Somatisk hälsa.
- Kort beskrivning av bakgrund, uppväxtförhållanden och kända trauman.
- Resultat av genomförda skattningar Y-BOCS och ev. BDD-YBOCS.
- Resultat av genomförd suicidriskbedömning.
- Tidigare och pågående behandlingsförsök.
- Aktuell läkemedelsbehandling.
- Bedömning av vilket stöd patienten behöver för att en behandling med ERP ska vara möjlig.

### Förhållanden som hindrar patienten från att delta i behandling

- Patient med sedativa farmaka såsom bensodiazepiner tas endast emot om dessa farmaka seponeras helt av ansvarig läkare.
- Patienter med aktivt substansrelaterat syndrom.
- Akuta psykiska eller somatiska tillstånd.
- Patient med svårare neuropsykiatrisk problematik vilket hindrar patienten att tillgodogöra sig en behandling med ERP.

### Hantering av inkomna remisser

Patienter som aktualiserats via remiss kallas för en första bedömning.

Om patientens svårigheter bedöms härröra från tvångssyndrom eller relaterade syndrom bedöms även patientens förmåga att stå ut med/tolerera en KBT-behandling med betoning på exponering med responsprevention.

I behandlingsupplägget ingår även en avgränsad anhöriginformation.

Vid samsjuklighet som försvårar deltagande i gruppbehandling erbjuds i stället anpassad individuell behandling. Digitala besök kan förekomma som komplement eller hel behandling, beroende på patientens förutsättningar.

Patient i pågående behandling som uteblir vid flertal tillfällen kan komma att avslutas. Patient som tackar nej till erbjuden behandlingsstart vid två tillfällen avslutas vid mottagningen.

# 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:** SSN12865-780821730-1061

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2026-05-08

**Giltig till:** 2028-05-08