SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Kloka Kliniska Val
För en förbättrad hälsa & sjukvård



Kloka Kliniska Val inom vuxenpsykiatrin

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN (SPF) 2026

Svenska Psykiatriska Föreningen(SPF) är en intresseförening för läkare som huvudsakligen är verksamma inom psykiatrin. Föreningen är en medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet och en specialitetsförening i Sveriges Läkarförbund. Dessa rekommendationer vänder sig till läkare och är godkända för publicering och spridning av Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp för Kloka Kliniska Val 2026-05-11.

© Svenska Psykiatriska Föreningen
Illustrationer: Istockphoto
Grafisk formgivning: Svenska Läkaresällskapet

Kontakt: SPF:s kansli
E-post: kanslisten@svenskpsykiatri.se
Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Kloka Kliniska Val inom vuxenpsykiatrin

Kloka Kliniska Val inom vuxenpsykiatrin betonar kliniskt omdöme, individanpassning och återhållsamhet med åtgärder som inte tillför värde. Diagnoser och behandlingar ska alltid sättas i relation till patientens funktion, sammanhang och delaktighet. Målet är en värdeskapande psykiatrisk vård där det är patienten – inte rutiner eller diagnoser – som står i centrum.

1	Undvik att för snabbt ställa diagnos eller sätta in behandling.
2	Undvik att ställa flera diagnoser om patientens besvär tillräckligt bra beskrivs av en diagnos.
3	Undvik att ställa diagnos eller påbörja behandling utan en planerad uppföljning.
4	Undvik läkemedel vid tillfällig ångest eller sömnsvårigheter innan adekvat egenvård.
5	Undvik antipsykotiska läkemedel som behandling av sömnsvårigheter.
6	Undvik antidepressiva läkemedel som förstahandsbehandling vid lindrig depression.
7	Undvik att rutinmässigt behandla läkemedels-biverkningar med andra läkemedel.
8	Undvik att ge läkemedel med kognitiv påverkan till patienter med begränsade kognitiva resurser.
9	Undvik att följa riktlinjer utan att använda ditt omdöme för att anpassa dem till din patients behov och önskemål.

1 Undvik att för snabbt ställa diagnos eller sätta in behandling.

Tidig eller förhastad diagnos kan leda till stigmatiserande etiketter, felaktiga förväntningar på sjukdomens förlopp och onödig läkemedels- eller terapiinsats — vilket i sig kan skada patienten. Att först ta noggrann anamnes, göra en upprepad bedömning och överväga differentialdiagnoser minskar risken för överdiagnostik och felbehandling. En försiktig, stegvis utredning ger också utrymme för uppföljning, delaktighet och bättre matchning mellan symtom och lämpliga åtgärder. För att möjliggöra detta bör kontinuitet uppvärderas organisatoriskt och aktiv expektans tillämpas. Inom akutsjukvården bör diagnostiska resonemang kring långvariga tillstånd göras med stor försiktighet. Om det finns ett adekvat underlag kan en preliminär diagnos journalföras. Observera att denna rekommendation inte gäller akuta situationer.

Referenser/vidare läsning

- Sims R, Michaleff ZA, Glasziou P, et al. Consequences of a Diagnostic Label: A Systematic Scoping Review and Thematic Framework. Frontiers in Public Health. 2021;Volume 9 - 2021: https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.725877
- Veldmeijer L, Terlouw G, Boonstra N, et al. Opening doors or building cages? The adverse consequences of psychiatric diagnostic labels. Current Opinion in Psychology. 2025;65:102076 https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2025.102076
- Hofmann B. Too Much, Too Mild, Too Early: Diagnosing the Excessive Expansion of Diagnoses. Int J Gen Med. 2022;15:6441-50 https://doi.org/10.2147/ijgm.S368541

2 Undvik att ställa flera diagnoser om patientens besvär tillräckligt bra beskrivs av en diagnos.

Varje ny diagnos innebär ofta ytterligare behandlingar och risker för etikettering — ibland utan att det tillför någon tydlig ny förståelse eller hjälp. ”Polydiagnostik” kan också leda till förvirring hos patienten och splittrad vård. En grundlig helhetsbedömning med fokus på funktion, lidande och patientens problembeskrivning samt att i första hand utgå från befintlig diagnos bidrar till tryggare, mer etisk och ändamålsenlig vård.

Referenser/vidare läsning

- Allsopp K, Read J, Corcoran R, et al. Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. Psychiatry Res. 2019;279:15-22 https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.07.005
- Nordgaard J, Nielsen KM, Rasmussen AR, et al. Psychiatric comorbidity: a concept in need of a theory. Psychol Med. 2023;53:5902-8 https://doi.org/10.1017/s0033291723001605
- O’Connor C, Brassil M, O’Sullivan S, et al. How does diagnostic labelling affect social responses to people with mental illness? A systematic review of experimental studies using vignette-based designs. J Ment Health. 2022;31:115-30 https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1922653

3 Undvik att ställa diagnos eller påbörja behandling utan en planerad uppföljning.

Psykiatriska tillstånd har ofta ett fluktuerande och långvarigt förlopp, och både diagnostik och behandling kräver uppföljning för att kunna utvärderas och justeras. Studier visar att bristande kontinuitet och utebliven uppföljning är associerat med sämre behandlingsresultat, ökad risk för återinskrivning, försämrad funktionsnivå och ökad suicidrisk. Planerad uppföljning är särskilt viktig vid nyinsatt behandling eller ny diagnos, då tidig omprövning kan minska risken för felbedömning, biverkningar eller avbruten vårdkontakt.

Referenser/vidare läsning

- Choi Y, Nam CM, Lee SG, et al. Association of continuity of care with readmission, mortality and suicide after hospital discharge among psychiatric patients. Int J Qual Health Care. 2020;32:569-76 https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa093
- de Cruppé W, Assheuer M, Geraedts M, et al. Association between continuity of care and treatment outcomes in psychiatric patients in Germany: a prospective cohort study. BMC Psychiatry. 2023;23:52 https://doi.org/10.1186/s12888-023-04545-x
- Engström I, Hansson L, Ali L, et al. Relational continuity may give better clinical outcomes in patients with serious mental illness - a systematic review. BMC Psychiatry. 2023;23:952 https://doi.org/10.1186/s12888-023-05440-1
- Maoz H, Sabbag R, Mendlovic S, et al. Long-term efficacy of a continuity-of-care treatment model for patients with severe mental illness who transition from in-patient to out-patient services. Br J Psychiatry. 2024;224:122-6 https://doi.org/10.1192/bjp.2024.9
- Wong BH, Chu P, Calaminus P, et al. Association between continuity of care and attendance of post-discharge follow-up after psychiatric emergency presentation. Npj Ment Health Res. 2024;3:5 https://doi.org/10.1038/s44184-023-00052-9

4 Undvik läkemedel vid tillfällig ångest eller sömnsvårigheter innan adekvat egenvård.

Psykiatrer handlägger ofta patienter med ångest eller sömnsvårigheter på akutmottagningar, i konsultationer eller inom både sluten- och öppenvård. Läkemedel bör undvikas eftersom besvären ofta är självbegränsande och svarar väl på egenvård såsom expektans, sömnhygien, fysisk aktivitet och psykoedukation. Tidig läkemedelsbehandling – särskilt med snabbverkande sedativa – kan öka risken för beroende, tolerans och undvikandebeteenden. Även icke-beroendeframkallande preparat som prometazin eller hydroxizin har biverkningar som måste utvärderas ur en risk-nytto-balans. Genom att först stärka egenvårdsstrategier främjas återhämtning, autonomi och minskad läkemedelsexponering.

Referenser/vidare läsning

- Läkemedelsverket. Läkemedelsboken [Internet]. Uppsala: Läkemedelsverket; 2025. Hämtad från: https://lakemedelsboken.se/terapiomraden/psykiatri/angestsyndrom-och-orostillstand/behandling/lakemedelsbehandling-av-angestsyndrom/
- Region Örebro län, Läkemedelscentrum: https://vardgivare.regionorebrolan.se/siteassets/media/vardriktlinjer/lakemedelscentrum/rekommenderade-lakemedel/enskilda-kapitel/psykiatri.pdf
- NICE guidelines, Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management; 2011.https://www.nice.org.uk/guidance/cg113

5 Undvik antipsykotiska läkemedel som behandling av sömnsvårigheter.

Vid sömnstörningar har atypiska antipsykotika i lågdos fått en ökad plats i behandlingsarsenalen, vilket inte är helt riskfritt. Biverkningar såsom viktuppgång, fetma och metabola komplikationer kan uppstå även vid låga doser. Vid demens och samtidig användning av atypiska antipsykotika ökar risken för cerebrovaskulära händelser och dödsfall. Sömnsvårigheter kan behandlas utan läkemedel. Innan läkemedelsbehandling övervägs bör patienten först ha genomfört adekvat egenvård, såsom fasta sömnrutiner, ej sova dagtid, se till att få dagsljus och fysisk aktivitet. Observera att rekommendationen inte riktar sig till patienter med samtidig psykos, mani eller liknande.

Referenser/vidare läsning

- Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res. 2017;26:675-700 https://doi.org/10.1111/jsr.12594
- Coe HV,Hong IS. Safety of low doses of quetiapine when used for insomnia. Ann Pharmacother. 2012;46:718-22 https://doi.org/10.1345/aph.1Q697
- Hermes ED, Sernyak M,Rosenheck R. Use of second-generation antipsychotic agents for sleep and sedation: a provider survey. Sleep. 2013;36:597-600 https://doi.org/10.5665/sleep.2554
- Shah C, Sharma TR,Kablinger A. Controversies in the use of second generation antipsychotics as sleep agent. Pharmacol Res. 2014;79:1-8 https://doi.org/10.1016/j.phrs.2013.10.005
- Stepanski EJ,Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. Sleep Med Rev. 2003;7:215-25 https://doi.org/10.1053/smrv.2001.0246

6 Undvik antidepressiva läkemedel som förstahandsbehandling vid lindrig depression

Effekten av antidepressiva läkemedel är svag vid lindrig depression. Istället för antidepressiva bör kontinuerligt stöd och uppföljning samt psykosociala insatser, livsstilsförändringar, fysisk aktivitet och/eller psykoterapi erbjudas. Detta identifierar bakomliggande orsaksfaktorer som är viktiga för fortsatt bedömning och behandling och undviker läkemedelsbiverkningar. Nedstämdhet som inte är depression bör inte behandlas alls med antidepressiva, eftersom risk-nyttoeffekten inte är utvärderad för denna grupp.

Referenser/vidare läsning

- Barbui C, Cipriani A, Patel V, et al. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2011;198:11-6, sup 1 https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.076448
- Cuijpers P, van Straten A, van Oppen P, et al. Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. J Clin Psychiatry. 2008;69:1675-85; quiz 839-41 https://doi.org/10.4088/jcp.v69n1102
- Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. JAMA. 2010;303:47-53 https://doi.org/10.1001/jama.2009.1943
- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med. 2008;5:e45 https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050045

7 Undvik att rutinmässigt behandla läkemedelsbiverkningar med andra läkemedel.

Att behandla läkemedelsbiverkningar med andra läkemedel (så kallad kaskadförskrivning, eng. prescribing cascade) ökar polyfarmaci, interaktioner och risken för ytterligare biverkningar och sjukhusvård. Utred först om symtomen är läkemedelsrelaterade, överväg dosminskning eller utsättning samt icke-farmakologiska åtgärder innan nytt läkemedel läggs till. Detta minskar onödig läkemedelsexponering och förbättrar patientsäkerheten.

Referenser/vidare läsning

- Wolff J, Hefner G, Normann C, et al. Polypharmacy and the risk of drug-drug interactions and potentially inappropriate medications in hospital psychiatry. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2021;30:1258-68 https://doi.org/10.1002/pds.5310
- Delara M, Murray L, Jafari B, et al. Prevalence and factors associated with polypharmacy: a systematic review and Meta-analysis. BMC Geriatr. 2022;22:601 https://doi.org/10.1186/s12877-022-03279-x
- Doherty AS, Shahid F, Moriarty F, et al. Prescribing cascades in community-dwelling adults: A systematic review. Pharmacol Res Perspect. 2022;10:e01008 https://doi.org/10.1002/prp2.1008

8 Undvik att ge läkemedel med kognitiv påverkan till patienter med begränsade kognitiva resurser.

De flesta psykofarmaka (inklusive valproinsyra och pregabalin) kan ha en kognitiv påverkan, men vissa är mer uttalade. Läkemedel med antikolinerga och/eller sederande effekter kan försämra uppmärksamhet, minne och orientering hos patienter med redan begränsade kognitiva resurser. Därför bör sådana läkemedel undvikas eller minimeras och icke-farmakologiska alternativ prioriteras för att reducera risken för kognitiv försämring, förvirring och fall.

Referenser/vidare läsning

- American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;71:2052-81 https://doi.org/10.1111/jgs.18372
- Taylor-Rowan M, Edwards S, Noel-Storr AH, et al. Anticholinergic burden (prognostic factor) for prediction of dementia or cognitive decline in older adults with no known cognitive syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2021; https://doi.org/10.1002/14651858.CD013540.pub2
- Egberts A, Moreno-Gonzalez R, Alan H, et al. Anticholinergic Drug Burden and Delirium: A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc. 2021;22:65-73.e4 https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.04.019
- Baek YH, Kim HJ, Bae JH, et al. Benzodiazepine-Related Cognitive Impairment or Dementia: A Signal Detection Study Using a Case/Non-Case Approach. Psychiatry Investig. 2020;17:587-95 https://doi.org/10.30773/pi.2019.0275

9 Undvik att följa riktlinjer utan att använda ditt omdöme för att anpassa dem till din patients behov och önskemål.

Riktlinjer är viktiga för vården, men måste tolkas i ljuset av den enskilda patientens förutsättningar. I psykiatrin riskerar standardiserade rutiner att få en normstyrande kraft som i komplexa och situationsbundna mänskliga möten tränger undan såväl kliniskt omdöme som personcentrering – två hörnstenar i evidensbaserad praktik. Att okritiskt följa rutiner kan leda till tidsbrist, överdiagnostik, överbehandling eller resursslöseri, samt till att viktiga individuella problem förbises. Det finns också risk för slentrianmässig paternalism som strider mot patientlagens uppmaningar om delaktighet och samtycke.

Referenser/vidare läsning

- ABIM Foundation. (2012). Choosing Wisely: Five guiding principles. ABIM Foundation. https://www.choosingwisely.org
- Patel, M. S., Pfoh, E. R., Misra-Hebert, A. D., Byrnes, T., Chapman, C. C., Procopio, K. M., Balabanski, A. H., Plotzker, R. E., Wang, Y., & Rothberg, M. B. (2022). Time Needed to Provide Preventive Care to US Adults by Primary Care Physicians. Journal of General Internal Medicine, 37(5), 1218–1224. https://doi.org/10.1007/s11606-021-07329-2
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. BMJ, 312(7023), 71–72. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71
- Sveriges Riksdag, 2014. Patientlag (2014:821). https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Bhunnoo, S., Browne, I., Chhina, N., Double, D., et al., (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. The British Journal of Psychiatry, 201(6), 430–434. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109447

Hur togs de vuxenpsykiatriska Kloka Kliniska Val-rekommendationerna fram?

Arbetssättet har varit följande:

- inledande workshop på Svenska Psykiatriska Kongressen (SPK) 2024
- presentation av arbetet och preliminära rekommendationer i flera nummer av medlemstidskriften Svensk Psykiatri (SP)
- fyra öppna digitala workshops under 2024/2025
- presentation av preliminära rekommendationer SPK 2025
- omarbetningar har skett löpande efter återkoppling under ovan nämnda tillfällen samt via mailkorrespondens
- arbetsgruppen har träffats digitalt cirka 4-5 tillfällen under 2025 och däremellan skickat versioner för kommentering sinsemellan
- i slutet av 2025 skickades en preliminär lista till SPF:s styrelse, som gick igenom förslagen
- KKV-gruppen omarbetade listan och bekräftade återigen med styrelsen
- rekommendationerna presenterades på SPK 2026 samt i SP nummer 1 2026
- extern förankring med Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM), Svensk Geriatrisk Förening (SGF) och Svensk Förening för Neuroradiologi (SNFR)
- ny omarbetning
- Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp för KKV godkände rekommendationerna 2026-05-11

Arbetsgrupp

Johan Bengtsson, ST-läkare i psykiatri, Region Uppsala, postdoc inst. för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet.
Jäv: Eget bolag, föreläsnings- och utbildningsuppdrag inom vårdsektorn. Styrelseledamot Föreningen för konsultationspsykiatri. Ledamot i Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp för Kloka Kliniska Val.

Behroz Dehdari, specialistläkare i psykiatri, Stockholm (privat praktik).
Inga jäv.

Emma Fagerstedt, ST-läkare i psykiatri, Region Östergötland.
Inga jäv.

Martin Hultén, specialistläkare i psykiatri, chefläkare, Region Skåne.
Jäv: Royalties som medförfattare i lärobok om psykiatri. Fått ersättning från 1177 utifrån infoformationssida om ECT.

Markus Ljungman, specialistläkare i psykiatri (inriktning beroende), Stockholm.
Jäv: Eget konsultbolag med uppdrag inom psykiatri och beroendemedicin, inklusive uppdrag mot behandlingshem. Tar föreläsningsuppdrag inom området, ej från läkemedelsbolag. Har erhållit arvode för medicinskt skrivuppdrag (Internetmedicin).

Lena Nylander, specialistläkare i psykiatri, Region Skåne.
Jäv: Royalties för böcker som är kurslitteratur för bl.a. ST-läkare, sjuksköterskestuderande och LSS-personal. Föreläsararvode från Medice Nordic (november 2026).

Sofia Thulin, specialistläkare i psykiatri (inriktning psykos), Stockholm.
Inga jäv.

Tidigare ingick även Peter Valverius, specialistläkare i psykiatri, chefläkare, Region Blekinge samt Herman Holm, specialistläkare i psykiatri, Åland.

För frågor eller mer information kontakta kanslisten@svenskpsykiatri.se

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

ADRESS Kansli Svenska Psykiatriska Föreningen, Box 53246
400 16 Göteborg **E-POST** kanslisten@svenskpsykiatri.se **HEMSIDA** www.svenskpsykiatri.se