

Utmattningsyndrom (UMS)

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2019–00746) giltigt till september 2021
Utarbetad av dåvarande sektorsråd, uppdaterats av koncernstab hälso- och sjukvård i samverkan med Institutet för Stressmedicin (ISM), Primärvårdsrådet.

Syfte

Denna reviderade regionala medicinska riktlinje syftar till att standardisera utredningen och behandling vid misstänkt UMS hos vuxna samt klargöra vårdnivåer.

Nytt sedan föregående revidering

Redaktionella ändringar av rubrik och textinnehåll samt förtydligande av diagnostik, psykoterapi, teaminsatser och remisskriterier har gjorts. En beskrivning av aktuellt evidensläge har lagts till.

Bakgrund

Utredning och behandlingen sker företrädesvis inom primärvården. Utmattningsyndrom (UMS) ICD-10, kod F 43.8A - kännetecknas av fysisk och psykisk utmattningsyndrom. Diagnos ställs av läkare när de diagnostiska kriterierna för UMS är uppfyllda (se bilaga 1 och se [Film om hjälp vid diagnostik](#)). Långdragna, fluktuerande prodromalsymtom (som sömnstörningar, trötthet, samt perioder av nedstämdhet, irritabilitet, oro eller olika somatiska symtom) är vanligt och kan leda till upprepade vårdkontakter. Säkra incidens- och prevalenssiffror saknas. Det finns sparsamt med evidens vad gäller behandling. Nedanstående behandlingsrekommendationer bygger till största delen på erfarenheter.

Utredning och behandling

Diagnostiska rekommendationer - differentialdiagnostik

En viktig aspekt vid val av behandling är noggrann differentialdiagnostik vid misstänkt UMS. Typ av belastning samt stressbelastningens duration bör beaktas. Vid UMS har stressbelastningen funnits i minst sex månader. Trötthet på grund av en kortvarig hög stressbelastning såsom vid Anpassningsstörning (F432) ska skiljas från sjukdom till följd av långvarig stressbelastning. Kardinalsymtomen vid UMS är nedsatt energi, kognitiva störningar, sömnstörningar och minskad tolerans för stress. Skattningsskalor kan användas som del i den kliniska diagnostiken och för att följa förloppet. Validerade instrument exempelvis Karolinska Exhaustion Disorder Scale 9 ([KEDS](#)) är ett självskattningstest som visar hur nära man är att drabbas av utmattningsyndrom.

Psykiatriska sjukdomar

Psykiatrisk samsjuklighet är vanligt, exempelvis ångestsjukdom eller depression. Se [RMR – Läkemedel Ångest](#) och [RMR – Läkemedel Depression](#) Kriterier för depression bör provas. I de fall ångestsjukdom eller depression diagnostiseras blir utmattningsyndrom en tilläggsdiagnos. Vid andra psykiatriska tillstånd som kan vara både svåra och kroniska, t ex ADHD i vuxen ålder, autism och bipolär sjukdom, ökar risken för utveckling av utmattningsyndrom. Vid behov av fördjupad psykiatrisk bedömning ska samverkan med specialistpsykiatri ske enligt RMR

[Ansvarsfördelning och konsultationer primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\)](#).

Somatiska sjukdomar såsom diabetes, hypotyreos, hyperparatyreoidism, kronisk obstruktiv lungsjukdom, hjärt-kärlsjukdom, B12-brist, Addisons sjukdom, myalgisk encefalomyelit/chronic fatigue syndrome, fibromyalgi kan ge liknande symtombild och måste uteslutas. Som alltid ska screening avseende riskbruk/skadligt bruk/beroende av alkohol, läkemedel eller andra droger ingå i utredningen (se bilaga 2).

Behandling - övergripande

Det finns evidens för att arbetsplatsinriktade åtgärder förbättrar förutsättningarna för arbetsåtergång. Kognitiva beteendeterapeutiska interventioner och multimodala interventioner minskar symtom vid UMS. Sömn anges som en viktig faktor som påverkar både symtomförbättring och återgång i arbete. Vikten av sömnbehandling betonas. Kognitiva funktionsnedsättningar kan förbättras av fysisk aktivitet och kognitiv träning. Fysisk aktivitet minskar depressions- och ångestsymtom, som är vanligt förekommande vid UMS. Övriga behandlingsförslag grundas på klinisk erfarenhet. Behandlingen bör individualiseras efter grad av utmattningsyndrom.

symtom, omgivningsförhållanden, energinivå och kognitiva störningar samt var i förloppet patienten befinner sig. Insatserna kan ges enskilt eller i grupp. Se [Institutet för stressmedicin \(ISM\)](#)

Vid UMS, oavsett svårighetsgrad, ska de viktigaste källorna till stressbelastning, mängd och upplevelse, identifieras och åtgärdas om möjligt. Kvarstår stressorerna påverkar det prognosen negativt. Stressorer kan finnas i arbetet (krav, arbetsbelastning, bristande egenkontroll, psykosocial arbetsmiljö, kränkande särbehandling samt orättvisor m.m.). Det är viktigt att även uppmärksamma stressorer i privatlivet (relationskonflikter, vård av barn eller närstående). Långvarig somatisk eller psykiatrisk sjukdom kan också påverka förloppet.

Patienter med psykisk ohälsa kan ha förhöjd suicidrisk. Suicidriskbedömning ska alltid göras. Se [RMR Suicidalitet hos vuxna – akut bedömning/hantering](#).

Kognitiva störningar leder inte sällan till nedsatt arbetskapacitet och utgör ett rehabiliteringshinder. Funktioner som påverkas är ffa exekutiva funktioner (ex. planering, problemlösning) och komplex uppmärksamhet. Störningarna kan kvarstå under hela rehabiliteringsperioden, vilken kan vara lång, upp till flera år vid svår UMS. Särskild hänsyn bör tas till individens kognitiva kapacitet för att denne ska kunna tillgodogöra sig olika behandlingsinsatser.

Ett teambaserat arbetssätt mellan vårdcentral och rehabenhet för att minska symtomen är viktig vid rehabiliteringen. Olika kompetenser såsom läkare, psykolog, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och kurator, ska kunna erbjuda stöd och behandling. Rehabkoordinator och vårdsamordnare är viktiga funktioner som kan samordna insatserna från olika aktörer och bistå vid uppföljning. Anhöriga fyller en viktig stödfunktion. Brukarorganisationen Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg ([NSPHiG](#)) kan vara till stöd.

Rådgivande samtal/vårdsamordning i den tidiga delen av behandlingen av UMS kan en fast vårdkontakt, exempelvis vårdsamordnare, ge psykoedukativa insatser med information, stöd och råd. Syftet är att patienten ska återfå kontroll och rutiner i sitt liv. Råden kan gälla vikten av återhämtning efter belastning, rutiner för kosthållning, sömn och fysisk aktivitet, liksom återhållsamhet med alkohol. I de fall stressbelastningen kommer från arbetet erbjud stöd vid kontakt med arbetsgivare för åtgärder på arbetsplatsen. Vårdsamordnaren följer på ett strukturerat sätt upp och samordnar de vårdinsatser som ges samt hjälper till att anpassa insatsernas omfattning och struktur efter individens behov och förmåga. Se [RMR Psykisk ohälsa i primärvård - uppföljning med vårdsamordnare](#)

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är en väsentlig del av behandlingen. Regelbunden fysisk aktivitet gör att patienten sover bättre, blir piggare och mindre nedstämd. Därför är tidig kontakt för bedömning av fysioterapeut på rehabenhet, för formulering av en plan för fysisk aktivitet viktig. Planen måste anpassas till patientens aktuella tillstånd och bör innehålla alltifrån vardagsaktiviteter i eller utanför hemmet, till rena träningsinriktade moment. Den fysiska aktiviteten/träningen kan ske individuellt och/eller i grupp. Fysisk aktivitet på recept ([FaR](#)) anpassat till patientens funktionsförmåga kan med fördel användas.

Stresshantering

Lika viktigt som det är att vara fysiskt aktiv är att hitta individuellt anpassade metoder för avspänning och återhämtning. Det finns även stresshanteringskurser typ "Stresskolan" där patienten får lära sig mer om stress och hur den påverkar kroppen och samtidigt får ta del av olika avslappningstekniker.

Vardagsbalans

Tidigare lätta aktiviteter i vardagen kan bli svåra att klara av. En arbetsterapeut kan hjälpa patienten att mobilisera resurser, välja, organisera och utföra de aktiviteter hen behöver för att skapa struktur och rutiner i vardagen (energireglering). Behandlingen kan genomföras enskilt eller i grupp.

Psykoedukativa insatser kring sömn

Anpassad sömnintervention utifrån KBT kan erbjudas individer med uttalad sömnstörning.

Läkemedel

Regionala medicinska riktlinjer utarbetas på uppdrag. Riktlinjer fastställs efter avstämning med regionens berörda förvaltningar, regionala sektorsråd, rådsfunktioner, terapigrupper och Program- och prioriteringsrådet.

Antidepressiva läkemedel kan erbjudas vid UMS där samsjuklighet med depression och/eller ångestsjukdom förekommer. Överväg sederande antidepressivum vid svår sömnrörning. Behandlingstidens längd bör vara tillräckligt lång för att minska risken för recidiv. Behandling kan lindra depression och ångest men påverkar för övrigt inte UMS förlopp. Bensodiazepiner bör undvikas vid behandlingen av UMS. Insomni behandlas enligt [RMR Insomni](#) (läkemedelskommittén) i första hand genom icke-farmakologiska metoder.

Sjukskrivning

Socialstyrelsens [Försäkringsmedicinskt beslutsstöd](#) ger vägledning vid sjukskrivning vid UMS utan samsjuklighet. Vid samsjuklighet är det läkarens sammanvägda bedömning som avgör prognos och sjukskrivningens längd. Vid uttalat UMS med påtaglig funktionsnedsättning är heltidssjukskrivning lämpligt för att minska kraven och ge möjlighet till återhämtning. Det är viktigt att påpeka syftet med sjukskrivningen, den första delen, handlar om återhämtning som sedermera ska gå över i aktiv rehabilitering.

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Tidig och återkommande kontakt med rehabkoordinator, för stöd i kontakt med arbetsgivare inför och under arbetsåtergång, är av största vikt. Gruppbehandling kan vara gynnsam då patienten får träffa andra i samma situation. Avstämningmöte med Försäkringskassan och arbetsgivaren för planering av arbetsåtergång ska hållas så snart tillståndet medger. Arbetsåtergång bör ske successivt, med arbetsuppgifter som är anpassade till patientens kognitiva och fysiska förmåga, samt med beaktande av arbetsmiljöanpassningar. Se [Organisatorisk och social arbetsmiljö \(AFS 2015:4\)](#). Arbetsgivaren kan även koppla in företagshälsovård vid arbetsrelaterade besvär.

Information till anhöriga och arbetsgivare

För att skapa goda förutsättningar för individens rehabilitering är information till anhöriga och arbetsgivare särskilt viktig.

Psykioterapi

Senare i förloppet, då patientens kognitiva funktion medger, kan korttidsinriktad psykioterapi genomföras med evidensbaserade metoder. Psykioterapi utförs av legitimerad psykolog samt legitimerad hälso- och sjukvårdsprofession och socionom med lägst grundläggande psykioterapeututbildning. Behandlingen bör innehålla kartläggning, och medvetandegörande av yttre och inre stressorer, samt av individens förhållningssätt till sin livssituation och problematik. Psykioterapin erbjuder individen alternativa, mer hälsosamma förhållningssätt för hantering av aktuell problembild, för att skapa förutsättningar för långsiktig balans mellan belastning och återhämtning, samt minska risk för återfall i UMS.

Uppföljning

Patienter med uttalat UMS bör följas regelbundet av en fast vårdkontakt, med ett första återbesök efter 2–4 veckor och därefter var 4:e till var 8:e vecka eller vid behov fram till återgång i arbete. Vid återbesöken sker uppföljning av individens aktuella symtom, medicinering och levnadsvanor, och ställningstagande görs kring behov av ytterligare insatser med remiss/hänvisning till adekvat profession. Uthållighet är av största vikt hos den fasta vårdkontakten. Utmattningsyndrom kan variera i svårighetsgrad, och i svårare fall kan behandlingen bli omfattande och långvarig, ibland flera år. Vid långdragna fall är det angeläget att på nytt överväga psykiatrisk samsjuklighet med t.ex. bipolär sjukdom, neuropsykiatriska tillstånd mm.

Vårdprocess – vårdnivå

Primärvård

Huvudansvar för patienter med UMS ligger första hand inom primärvården. Vid misstanke om UMS bör bedömning och insatser erbjudas enligt primärvårdens allmänna uppdrag samt följa rekommendationer för utredning och behandling enligt ovan.

Specialistpsykiatri (öppenvård)

Vid misstanke om samsjuklighet som kräver psykiatrisk bedömning och behandling utreds patientens tillstånd inom specialistpsykiatriens öppenvård enligt RMR [Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\)](#).

Finns samsjuklighet bör denna vara behandlad och i ett stabilt skede innan remiss skickas till Psykiatrimottagning utmattningsyndrom (PMU).

Psykiatrimottagning utmattningsyndrom (PMU).

PMU har två huvuduppdrag.

- **Konsultation:**
För patienter, som behandlas på primärvårdsnivå där tillståndet är svårbedömt trots adekvata insatser, kan remitteras direkt för konsultativ bedömning i form av ett läkarbesök. Syftet är att ge råd kring fortsatta insatser inom primärvård/psykiatri
- **Behandling:**
Patientens tillfrisknande har avstannat trots minst 2 adekvata behandlingsförsök under minst ett år på primärvårdsnivå eller inom specialistpsykiatri.
Målet med behandlingen är återgång till sysselsättning.

Utgångspunkten är att remittenten har kvar behandlingsansvaret för samsjukligheten. Avsteg får göras i samråd mellan remittent och PMU. Remissen bör utfärdas av sjukskrivningsansvarig läkare.

Remiss till PMU bör innehålla:

- Tydlig frågeställning – konsultation, utredning eller behandling.
- Tidigare och aktuella sjukdomar, somatiska såväl som psykiatriska inklusive samsjuklighet.
- Eventuellt skadligt bruk av alkohol eller psykoaktiva substanser
- Aktuella stressrelaterade symtom och diagnos(er)
- Aktuella stressorer i arbete och privatliv.
- Aktuellt arbete eller studier.
- Aktuella läkemedel.
- Resultat av utförd utredning och behandling.
- Sjukskrivningshistorik somatiskt och psykiatriskt samt aktuell sjukskrivning.

Uppföljning av denna riktlinje

Efterlevnaden till denna riktlinje kommer att följas upp av Kunskapsstöd för psykisk hälsa i samverkan med enheten Regional vårdanalys genom följande indikatorer:

- Andel patienter med diagnos F43.8A som huvud- eller bidiagnos
- Andel patienter med diagnos F43.8A som har en strukturerad vård- och omsorgsplan (AU120)

Bilaga 1

Diagnostiska kriterier för UMS (ICD-10 kod F 43.8A)

Samtliga kriterier som betecknas med stor bokstav måste vara uppfyllda.

- A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.
- B. Påtaglig brist på psykisk energi eller uthållighet dominerar bilden
- C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under minst två veckor:
 - 1) Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
 - 2) Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
 - 3) Känsломässig labilitet eller irritabilitet
 - 4) Sömnstörning
 - 5) Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet
 - 6) Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet
- D. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t ex hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom).
- F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.

Bilaga 2

Laboratorieprover att överväga vid somatisk utredning:

- Hb (anemi)
- SR (infektion, reumatisk sjukdom)
- P-glucos (diabetes)
- Na/s
- K/s
- Ca/s (hyperparathyreoidism)
- Homocystein - B12/folsyra (brist kan medföra kognitiv påverkan)
- TSH (hypothyreos)
- ASAT
- CDT eller PEth (alkoholmissbruk)
- HbA1c och lipider (kan ge information om stresspåverkan)
- EKG (påvisa ev. hjärtåkomma)
- Eventuell drogtestning