

Regional medicinsk riktlinje

Stressrelaterad psykisk ohälsa för vuxna, inklusive utmattningssyndrom (UMS)

Innehåll

Syfte	2
Huvudbudskap	2
Vårdnivå och samverkan	2
Bakgrund	3
Indikatorer	4
Förändringar sedan föregående version	4
Utredning	4
Behandling	8
Läkemedel	11
Sjukskrivning	11
Klinisk uppföljning	12
Patientmedverkan och kommunikation	12
Innehållsansvarig	13
Bilaga 1. Teamet för Utmattningssyndrom Affektiv mottagning 1	14
Bilaga 2. Processkarta	15

Syfte

Den regionala medicinska riktlinjen syftar till att standardisera utredningen och behandling vid stressrelaterad psykisk ohälsa och utmattningssyndrom (UMS) hos vuxna samt klargöra vårdnivåer.

Huvudbudskap

- All stress behöver inte nödvändigtvis leda till sjukdom.
- Utredning och behandling sker företrädesvis inom primärvård.
- För stressrelaterad diagnos ska det finnas en tydlig koppling mellan yttre identifierbar belastning och patientens symtom.
- Symtomen förklaras inte bättre av annan psykiatrisk eller somatisk problematik.
- Vid långvarig stressrelaterad psykisk ohälsa rekommenderas fast vårdkontakt och en god samordning mellan aktuella vårdgivare.
- Undvik parallella insatser som riskerar att överbelasta patienten. Behandling bör följa stegvis vård med hänsyn till patientens mående.
- Rehabkoordinering och kontakt med arbetsgivare erbjuds när patientens tillstånd medger för att underlätta arbetsåtergång vid sjukskrivning.

Vårdnivå och samverkan

Primärvård

- Ansvarar för bedömning och behandling av personer med stressrelaterad psykisk ohälsa. Identifierar och särskiljer stressrelaterad psykisk ohälsa från depression och ångestsyndrom samt säkerställer att symtomen inte orsakas av ett somatiskt tillstånd. Kartlägger stressbelastningens natur, omfattning och eventuella sårbarhetsfaktorer.
- Vid behov av konsultation samt vid misstanke om allvarlig psykiatrisk problematik eller psykiatrisk samsjuklighet kontaktas

specialistpsykiatrin enligt RMR [Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\)](#).

- Vid utmattningssyndrom (UMS) där rehabiliteringen avstannat trots upprepade behandlingsförsök enligt RMR, och med hänsyn tagen till tillståndets ofta långdragna förlopp samt stabil eventuell samsjuklighet, kan patienten remitteras till [Teamet för Utmattningssyndrom Affektiv mottagning 1](#) för ställningstagande till insats.

Specialistpsykiatri

- Vid misstanke om samsjuklighet som kräver psykiatrisk bedömning och behandling utreds patientens tillstånd inom specialistpsykiatrin enligt RMR. Konsultation erbjuds primärvården i svårbedömda ärenden.
- Finns samsjuklighet bör denna vara behandlad och i ett stabilt skede innan remiss skickas till Teamet för Utmattningssyndrom Affektiv mottagning 1.

Teamet för Utmattningssyndrom, Affektiv mottagning 1 – regional enhet

Behandlingsuppdrag med inriktning mot svåra utmattningssyndrom, i första hand till patienter som drabbats av UMS relaterat till arbetsliv/studier, se bilaga 1.

Bakgrund

Stress är vanligt i befolkningen, i 2024 års folkhälsoenkät uppgav 16 procent av befolkningen mellan 16–84 år att de känner sig stressade. Stress behöver inte nödvändigtvis leda till sjukdom.

Det saknas säkra prevalens- och incidenssiffror för den stressrelaterade psykiska ohälsan. Symtom på nedstämdhet och ångest är vanligt vid stressrelaterad ohälsa varför en god diagnostik är viktig.

Vid hög eller långvarig stressbelastning utan tillräcklig återhämtning finns risk för utveckling av allvarigare sjukdomstillstånd såsom utmattningssyndrom. Utmattningssyndrom delas upp i tre faser, riskfas,

akutfas och återhämtnings-/rehabiliteringsfas med olika symtom, förlopp och behandling. I riskfasen uppfyller patienterna vanligtvis inte fullt ut kriterierna för diagnosen utmattningssyndrom. Vid akut insjuknande i UMS föreligger ofta dramatiskt funktionsnedsättande symtom. I återhämtningsfasen kvarstår ofta symtom, som successivt förbättras under tillräckligt goda förutsättningar.

Indikatorer

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 vuxna personer med respektive diagnos F43.2, F43.8, F43.8A, F43.8W, F43.9 (Sto1 och Sto2 Primärvårdskvalitet)
- Andel personer med utmattningssyndrom F43.8A med upprättad plan för rehabiliterande insatser under sjukskrivningsperioden med fokus på återgång i arbetslivet, KVÅ-kod DV077

Nytt sedan föregående version

Redaktionella ändringar.

Utredning

Personer med stressrelaterad psykisk ohälsa beskriver ofta symtom som kan uppstå vid all psykisk ohälsa liksom vid flera somatiska sjukdomar. Orsak till symtom och reaktioner bör noggrant kartläggas och bedömas.

Stressrelaterad psykisk ohälsa förutsätter symtom som tydlig reaktion på identifierbar yttre belastning. Symtomen skulle inte ha uppstått utan belastningen och förklaras inte bättre av annan somatisk eller psykiatrisk problematik.

För att ställa diagnos behöver patienten följas över tid. Vid sammansatt symtombild kan flera besök behövas och även fördjupad bedömning hos flera professioner innan diagnosen är klarlagd. Förnyad bedömning och diagnostik bör övervägas vid kvarstående symtom över tid och vid bristande behandlingssvar.

Diagnos

F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (ICD-10). Innefattar diagnoserna: F43.0 Akut stressreaktion, F43.1 Posttraumatiskt stressyndrom, (För F43.0 och F43.1 se separat [PTSD – posttraumatiskt stressyndrom & ASD - akut stressyndrom \(vuxna\)](#)).

F43.2 Anpassningsstörning, F43.8 Andra specificerade reaktioner på svår stress, F43.8A Utmattningsyndrom (UMS), F43.8W Andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningsyndrom, F43.9 Reaktion på svår stress ospecificerad.

Diagnostik

- Vid subklinisk och lindrig stress- och krisreaktion där symtomen är övergående och sammanhängande med livssituationen används med fördel z-diagnos.
- Anpassningsstörning F43.2 innebär försvärad eller fördröjd anpassning till förändrade livsomständigheter eller belastande livssituation. Symtomen kan vara mycket varierande men snarlika som vid utmattningsyndrom. Symtom inom tre månader efter stressbelastningen och med signifikant lidande och/eller nedsatt social funktionsförmåga. Prognosen är god och reaktionen avtar vanligtvis inom sex månader efter att stressbelastningen upphört.
- För utmattningsyndrom F43.8A krävs en stressbelastning under minst sex månader och symtom under minst två veckor med betydande lidande och funktionsnedsättning inom flera viktiga områden, se vidare kriterier nedan.
- Tillstånd där symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion men där den kliniska bilden inte fullt ut motsvarar någon av de specificerade diagnoserna, kan diagnoserna F43.8, F43.8W och F43.9 vara tillämpliga.

Kriterier för diagnosen utmattningsyndrom

Samtliga kriterier (A-E) ska vara uppfyllda för fastställd diagnos:

- 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.
- Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.
- Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under minst två veckor
 - koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
 - påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
 - känslomässig labilitet eller irritabilitet
 - sömnstörning
 - påtaglig somatisk svaghet eller uttröttbarhet
 - fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmsbesvär, yrsel eller ljudkänslighet.
- Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt, andra avseenden
- Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans eller någon somatisk sjukdom/skada.

Skattningsskalor kan användas som del i den kliniska diagnostiken och för att följa förloppet. Validerat, men ej diagnostiskt, instrument är [Karolinska Exhaustion Disorder Scale 9](#) (KEDS).

Klinisk bedömning

Undersökningen omfattar noggrann anamnes inklusive kartläggning av stressorer, somatisk bedömning, differentialdiagnostiska överväganden samt prövning av stressrelaterad diagnos och bedömning av funktionsförmåga. Samtidiga symtom på ångest och/eller nedstämdhet är vanligt varför kriterier för depression och ångestsyndrom bör prövas. Patienter med psykisk ohälsa kan ha förhöjd suicidrisk.

Suicidriskbedömning ska alltid göras, Se RMR [Suicidprevention vuxna – bedömning, handläggning och säkerhetsplanering](#)

Uppmärksamma sårbarhetsfaktorer som kan öka risken för insjuknande i utmattningssyndrom (UMS) eller medföra ett långt sjukdomsförlopp, till exempel personlighetsfaktorer som perfektionism, belastande levnadsomständigheter socialt, tidigare psykisk ohälsa eller underliggande psykiatrisk problematik. Tidig upptäckt av symtom som orsakats av en ogynnsam arbetssituation är också av största vikt.

Följande bör ingå i anamnes:

Bakgrund	Aktuellt
utbildning/yrke/ arbetslivsanamnes civilstånd/familjerelationer hereditet sjukdomshistoria (somatisk och psykiatrisk) livshändelser läkemedel	- debut av stressymtom och förlopp - identifiering av aktuella stressorer och förhållanden i arbetsliv och privatliv, samt social utsatthet och ekonomi - psykiska, fysiska och kognitiva symtom - känslighet för stressbelastning och yttre stimuli (ljud, ljus) - sårbarhetsfaktorer, levnadsvanor, sömn, kost, fysisk aktivitet och sexuell hälsa, premenopaus och andra hormonella förändringar - alkohol- och drogkonsumtion - fråga om våld i nära relationer - påverkan på funktion och förmåga - behov av försäkringsmedicinsk bedömning inklusive till exempel behov av sjukskrivning - uppmärksamma Barn som anhöriga .

Somatisk och psykiatrisk differentialdiagnostik och samsjuklighet

Psykiska sjukdomar

För differentialdiagnostik och samsjuklighet rekommenderas strukturerad intervju med [MINI](#). Vanliga differentialdiagnoser till stressrelaterad psykisk ohälsa är egentlig depression, långvarig depression (dystymi) och generaliserat ångestsyndrom (GAD). Vid sammansatt symtombild krävs en noggrann värdering av symtom, svårighetsgrad och förlopp. Faktisk samsjuklighet kan förekomma (till exempel bipolär II, add/adhd,

personlighetssyndrom) men det förutsätter att skillnaderna i debut, förlopp och symtombild är så tydliga att det talar för två separata och i viktiga avseenden oberoende sjukdomsprocesser.

Somatiska sjukdomar

Diabetes, hypotyreos, hyperparatyreoidism, kronisk obstruktiv lungsjukdom, hjärt- och kärlsjukdom, sömnapné, B12-brist, Addisons sjukdom, somatisk sjukdom med kognitiv påverkan såsom demenssjukdom och malignitet måste uteslutas. Myalgisk encefalomyelit (ME/CFS), fibromyalgi är diagnoser som ofta överlappar i symtombild och bör beaktas vid bedömning. Läkemedelsbiverkan bör också beaktas. Följande laborietester bör tas:

- Hb, SR, p-glukos/HbA1c, homocystein, kreatinin, jon-Ca, leverprover, tyreoidaprover.
- Screening vid frågeställning riskbruk/skadligt bruk av alkohol, läkemedel eller andra droger, till exempel B-Peth.
- EKG vid misstanke om hjärt- och kärlsjukdom.

Behandling

Målet med all behandling bör vara att återupprätta en hälsosam balans mellan ansträngning och återhämtning samt öka patientens egen förmåga att hantera sina besvär. Insatser från hälso- och sjukvården bör så snart det är möjligt övergå i egenvård eller friskvård. Insatser kan ske från vårdcentral och rehab-enhet. Parallella insatser som överbelastar patienten bör undvikas.

Vid arbetsrelaterad stressbelastning erbjuds rehab-koordinering och när patientens tillstånd medger tidig kontakt med arbetsgivare. I tillämpliga fall företagshälsovård för eventuella anpassningar och prioriteringar inför hållbar arbetsåtergång. Som hjälp kan förenklad ADA-metod användas, [Arbetsplatsdialog för Arbetsåtergång](#)

Se över möjlighet till stöd och insatser för privatlivets stressorer via bland annat det egna nätverket, civilsamhället, socialtjänst utifrån belastningens karaktär. Tillämpa [Samordnad individuell plan \(SIP\)](#) där så är påkallat.

Psykiatrisk samsjuklighet behandlas parallellt med utmattningssyndrom så länge det inte föreligger allvarlig psykiatrisk sjukdom.

Lindrig till måttlig stressrelaterad ohälsa/anpassningsstörning

Grundläggande insatser för alla

- Kartlägg/identifiera stressorer i arbets- och privatliv tillsammans med patienten med ett problemlösningssfokus.
- Informera om tillståndets natur och den goda prognosen.
- Informera och ge råd om egenvård för återhämtning avseende framför allt rutiner kring sömn, fysisk aktivitet och balans mellan vila och aktivitet.

Stegvisa insatser efter behov

Vid ytterligare behov erbjuds [stegvis vård](#) enligt principen om lägsta effektiva insatsnivå, enligt nedan. Välj insats utifrån individuella behov och aktuell besvärnivå. Effekten utvärderas efter varje insats.

- Psykoedukation och självhjälp (för länkar och material se under rubrik Patientinformation samt Utbildning och stöd)
- Stresshantering individuellt eller i grupp – avslappningstekniker, stresskola, aktivitetsreglering
- Vägledad fysisk aktivitet vid inaktivitet eller behov av att anpassa nivå och inriktning på träning
- Internetbaserad KBT med manual för stress
- Manualbaserad gruppbehandling för stress
- Individuell psykologisk behandling, exempelvis vid svårare problematik inom privatliv och arbetsliv eller beteendeproblematik som vidmakthåller stress.

Utmattningssyndrom

Det finns ingen tydlig evidens för någon enstaka behandling men grundläggande faktorer som har stöd i forskning är regelbunden återhämtning, fysisk aktivitet samt förbättrad sömn. Rekommendationerna bygger framför allt på beprövad klinisk erfarenhet. Forskningsstöd finns för att arbetsplatsinriktade åtgärder förbättrar förutsättningarna för arbetsåtergång.

Vid utmattningssyndrom erbjuds en fast vårdkontakt som kan följa förloppet, planera interventioner utifrån rätt timing, samt samordna vård- och behandlingsinsatser inom ramen för en individuell rehabiliteringsplan.

Behandlingen bör individualiseras efter grad av utmattning, symtom, omgivningsförhållanden, energinivå och kognitiva funktionsnedsättningar, samt var i förloppet patienten befinner sig. För att interventionerna ska vara effektiva ska de påbörjas först när patienten är tillräckligt återhämtad kognitivt och energimässigt. Regelbunden kontakt med arbetsplatsen är en viktig del i rehabiliteringsprocessen.

Behandlingen vid utmattningssyndrom kan delas in i tre faser.

1. Återhämtning – Skapa regelbundna rutiner med sömn, mat och fysisk aktivitet. Stöd för stressavlastning i arbete och privat. Ställningstagande till behov av försäkringsmedicinsk bedömning och av medicinska insatser. Övergång till fas två övervägs då patienten har nått viss återhämtning och acceptans.
2. Doserade insatser, som vid lindrig/måttlig stressrelaterad ohälsa ovan, med hänsyn tagen till patientens fysiska och kognitiva kapacitet. Övergång till fas tre sker då patienten återfått tillräcklig energi och funktionsförmåga för mer kravfyllda insatser.
3. Gradvis återgång till arbetsliv och sociala sammanhang, enligt rehabiliteringsplan. Arbetsåtergång bör ske med arbetsuppgifter som är anpassade till patientens kognitiva och fysiska förmåga, samt med beaktande av arbetsmiljöanpassningar. Tillämpning och övning av nya copingstrategier för hållbar balans. Återfallsprevention med identifiering av risksituationer och hantering av bakslag.

Återhämtning från UMS varierar i tid men sker vanligen inom ett år. Kvardröjande kognitiva symtom och förhöjd stresskänslighet kan finnas under längre tid. Faktorer som kan bidra till att symtomen vid UMS kvarstår länge är

- ogynnsamma levnadsvanor avseende särskilt sömn och fysisk aktivitet
- stressorer som kvarstår eller är svåra att hantera, till exempel belastande levnadsomständigheter socialt eller nytillkomna stressorer
- sårbarhetsfaktorer - exempelvis drag av perfektionism, tidigare trauman, odiagnostiserad bakomliggande sjukdom
- kognitiva och beteendemässiga processer som vidmakthåller symtomen, exempelvis ”allt-eller-ingen beteende”, undvikanden, oroscirklar och förhöjd uppmärksamhet avseende stresspåslag.

Läkemedel

Antidepressiva läkemedel kan erbjudas vid UMS där samsjuklighet med depression eller ångestsjukdom förekommer. Läkemedelsbehandling kan lindra depression och ångest men tycks inte påverka förloppet vid UMS. Behandlingstiden varierar men bör vara tillräckligt lång för att minska risken för recidiv. Inomni behandlas i första hand genom icke-farmakologiska metoder. Sömnläkemedel kan användas kortsiktigt för sömnstabilisering. Bensodiazepiner bör undvikas vid behandlingen av UMS.

Sjukskrivning

[Beslutsstöd för diagnoser, Socialstyrelsen](#)

I beslutstödet poängteras att åtgärderna måste anpassas efter hur sjukdomen påverkar individens arbetsförmåga och utifrån den specifika arbetssituationen. Återgången i arbete bör vara flexibel och anpassas till individens tillfrisknande. Regelbundna besök på arbetsplatsen kan vara fördelaktigt. Flerpartsmöten med andra aktörer såsom arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan för gemensam planering är ofta en extra viktig del för denna patientgrupp.

Klinisk uppföljning

Uppföljning görs av individens aktuella symtom, levnadsvanor och effekt av insatser. Vårdsamordnare eller rehabkoordinator bör involveras så tidigt som möjligt. Uppföljning bör ske hos fast vårdkontakt utifrån en strukturerad individuell rehabiliteringsplan. Teambesök rekommenderas i de fall där patienten har försämrade funktionsförmåga och behöver en multiprofessionell bedömning i samråd med patienten. Vid varje återbesök bör en förnyad bedömning göras avseende diagnostik och behandling, och specialistpsykiatri kontaktas vid behov.

Patientmedverkan och kommunikation

Personcentrering och dokumenterad överenskommelse

Vid långvariga stressreaktioner och utmattningstillstånd rekommenderas fast vårdkontakt och en god samordning mellan vårdaktörer där tillämpning av [Dokumenterad överenskommelse](#) och [samordnad individuell plan](#) med fördel kan vara aktuella. En individuell rehabiliteringsplan ska tydliggöra vilka förväntningar som finns på patienten respektive vården. Delaktighet från båda parter är av största vikt. Planen ska upprättas tillsammans med patienten.

Patientinformation

På 1177.se finns information om [stress](#) och [utmattningssyndrom](#). Informationsbroschyr från ISM [Blir man sjuk av stress](#).

Utbildning och stöd

[Tanke, känsla och beteende](#) - Ett psykopedagogiskt material att använda i primärvård och vuxenpsykiatri för den vanligaste psykiska ohälsan nedstämdhet, ångest och stress.

Tillhörande arbetshäfte: [Att få till förändring](#) KBT-modell för problemlösning och förändringsarbete med enkla övningar.

Kompletterande arbetsblad: [Energimodellen](#) - för energibalans i vardagen.

[Sömnsvårigheter-information, stöd och behandlingsmaterial](#)

För vårdgivare

[Institutet för stressmedicin](#)

[Hjälp vid diagnostik](#) (film om diagnostik vid stressrelaterad ohälsa).

[Metodstöd ADA, arbetsplatsdialog för arbetsåtergång](#) (pdf).

[Information och stöd till implementering av RMR stressrelaterad psykisk ohälsa på vårdcentral och rehabmottagning](#) (utbildning)

Åsberg M. (red). Utmattningsyndrom. Förlag: Gothia kompetens AB, 9789177413738, 2024.

Innehållsansvarig

Samordningsråd vuxenpsykiatri.

Bilaga 1. Teamet för Utmattningsyndrom Affektiv mottagning 1

Teamet för Utmattningsyndrom erbjuder tidsbegränsade insatser med inriktning mot svåra utmattningsyndrom, i första hand till patienter som drabbats av UMS relaterat till arbetsliv/studier. Målet med behandlingen är ökade förutsättningar för en hållbar återgång i arbete/studier/sysselsättning.

Teamet tar emot remiss från primärvård, företagshälsovård och öppenvårdspsykiatri där rehabiliteringen avstannat trots upprepade behandlingsförsök enligt RMR. Psykiatrisk samsjuklighet bör vara behandlad och i stabilt skede innan remiss skickas. Psykosociala stressorer såsom relationsproblem, ekonomiska svårigheter, anhöriga med funktionsnedsättning och/eller psykisk ohälsa bör inte vara av den grad att de kan antas utgöra hinder i rehabiliteringen. Remiss bör vara utfärdad av behandlingsansvarig läkare.

En remiss bör innehålla

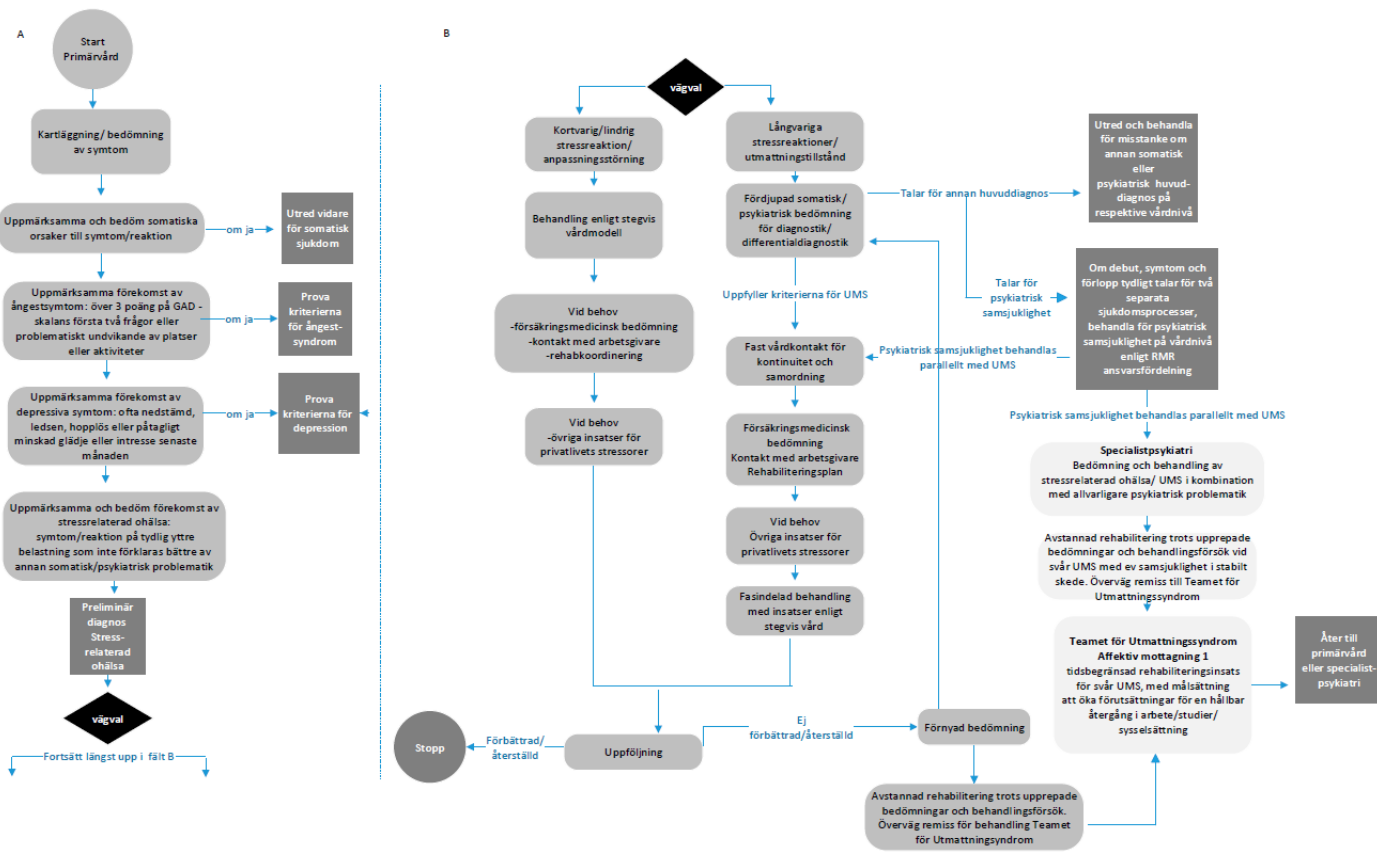
- Tidigare somatisk och psykisk sjukdom samt behandling
- Nuvarande somatisk och psykisk sjukdom samt behandling
- Stressfaktorer i arbete och privatliv som orsakat utmattningsyndromet
- Anamnes av beroendeproblematik
- Utförd utredning och behandling för utmattningsyndrom
- Aktuell sjukskrivning
- Läkemedel

Adressera remissen till

Teamet för Utmattningsyndrom
Affektiv mottagning 1
Remissportalen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Bilaga 2. Processkarta

Utredning, behandling och uppföljning av patient med misstänkt stressrelaterad ohälsa.



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: SSN11800-2140136717-710

Version: 4.0

Giltig från: 2026-05-11

Giltig till: 2028-05-11