

# Långvarig komplicerad trötthet

## INFORMATION TILL INREMITTERANDE

### Mottagningen för komplicerad trötthet

Hit kan patienter med komplicerad trötthet remitteras. Med detta menas benigna tillstånd där komplicerad trötthet/fatigue är central. Patienterna har också ofta andra associerade somatiska symtom, såsom t.ex. långvarig smärta, sömnstörning, mag- och tarmbesvär, feberkänsla, hjärklappning och yrsel. Det är också vanligt med kognitiva svårigheter och psykiatrisk samsjuklighet. Dessa patienter skall så långt det är möjligt vara färdigutredda gällande bidragande faktorer till symtomatologin innan remiss. Symtomen är väsentligt aktivitetsbegränsande och kvarstår efter sedvanliga behandlings- och rehabiliteringsförsök i primärvård och/eller specialistvård.

Mottagningen har en transdiagnostisk inriktning och den rehabilitering som kan komma att erbjudas är individanpassad. Patienter som lämpar sig för remiss till oss kan till exempel lida av stresstillstånd i kombination med somatiska symtom enligt ovan. De kan även lida av långvarig trötthet efter infektion så som vid postcovid och myalgic encephalomyelitis/ chronic fatigue syndrome (ME/CFS). Observera dock att ME/CFS är en uteslutningsdiagnos och att en kombination av flera andra tillstånd kan ge en lika svår symtombild. För alla patienter med komplicerad trötthet är det viktigt att värdera potentiellt åtgärdbara vidmakthållande faktorer. Avvikande somatiska fynd/ organförändringar bör ha värderats och i den mån det är möjligt åtgärdats innan remiss till oss.

En basal trötthetsanalys bör göras av remittenten och förmedlas i remissen. Vårdbegäran Komplicerad trötthet är uppbyggd på ett sådant sätt att relevant information för en trötthetsanalys skall kunna ges i remissen. Mottagningen erbjuder multiprofessionell bedömning och rehabilitering utifrån ett biopsykosocialt och stressfysiologiskt perspektiv. Detta innebär att bedömningen fokuserar på kartläggning av predisponerande, utlösande och vidmakthållande faktorer för symtomutveckling samt hälsofrämjande faktorer. I bedömningen ingår också att förankra förklaringsmodellen hos patienten. Mottagningen samverkar med andra vårdgivare för att skapa bästa möjliga behandlings- och rehabiliteringsförutsättningar för patienten.

### Rehabprogram vid komplicerad trötthet

På Smärt- och rehabiliteringscentrum bedrivs rehabilitering på specialistnivå för patienter med en komplex fatigueproblematik (hög grad av negativa psykologiska komponenter, och/eller samsjuklighet, och/eller stor funktionsbegränsning som gör uttröttbarheten komplex att hantera) där mental och/eller fysisk uttröttbarhet utgör den mest begränsande faktorn gällande funktionsnivå och aktivitetsförmåga. Förutsättningar för att delta är att patienten har potential för ett aktivt förändringsarbete, trots uttröttbarheten, och att patienten kan komma på regelbundna besök.

Rehabprogrammet syftar till att öka kunskapen kring förklaringsmodell för patientens symtom, lära och börja tillämpa hanteringsstrategier för att successivt öka funktionsnivån och aktivitetsförmågan samt minska patientens lidande i förhållande till sina symtom.

Rehabiliteringen bedrivs av team: läkare, arbetsterapeut, fysioterapeut, psykolog och sjuksköterska.

De moment som ingår i rehabprogrammet är kognitiv beteendeterapi, föreläsningar och övningsmoment med fokus på aktivitetsstrategier, inklusive fysisk aktivitet. Där det är aktuellt kan arbetsinriktade insatser för att stödja arbetsåtergång/hållbar arbetssituation ingå. Som regel pågår programmet mellan 6-12 mån. Om möjligt sker många moment i grupp.

## **Remiss vid komplicerad trötthet**

Vid remiss för komplicerad trötthet är det viktigt att utesluta behandlingsbara orsaker till tröttheten innan remiss. För labbutredning som krävs innan remiss och differentialdiagnoser att tänka på vid trötthet vg se nedan. Utifrån att det är viktigt att göra en helhetsbedömning gällande trötthet bör en basal helhetsbedömning av bidragande somatiska och psykosociala faktorer vara gjord innan remiss till SORK.

Remissmallen Vårdbegäran Komplicerad trötthet är uppbyggd på ett sådant sätt att relevant information för en helhetsbild/trötthetsanalys skall kunna ges i remissen. Följande uppgifter behövs:

Grundsjukdom, redogör för psykiatrisk och somatisk samsjuklighet av betydelse.

- Övriga sjukdomar, om relevant
- Smärtbeskrivning: lokalisation, duration, karaktär och utveckling
- Trötthetsbeskrivning: Hur länge har det pågått och hur har det utvecklats.
- Sömnanamnes: Då sömn är centralt vid trötthetsproblematik bör en noggrann sömnanamnes ha genomförts innan remiss till oss och åtgärder vid ev sömnstörning bör ha vidtagits. Eventuella sömnmedicinska tillstånd såsom sömnnapnésyndrom bör också ha utretts och om möjligt åtgärdats.
- Symtombeskrivning tex kognitiva besvär, uttrötthet mentalt och/eller fysiskt, allmän sjukdomskänsla, somatiska symtom.
- Psykologiska besvär (tex hög grad av oro, undvikandebeteende, stort fokus på symtom, avvikande personlighetsstruktur, katastrofiering).
- Social belastning (tex missbruk, dålig ekonomi, osäker arbetssituation, närstående med särskilda behov, konflikter).
- Övrig relevant utredning övriga labbradiologi etc.etc.
- Behandling samt resultatet av dessa (läkemedel, operationer)
- Aktuella eller tidigare genomgångna rehabiliteringsinsatser (tex fysioterapi, psykologbehandling, MMR1, arbetsterapeutisk insats mm.)
- Sjukskrivnings/yrkes-situation
- Andra väsentliga uppgifter, t ex tolkbehov

## **Patienter som inte självklart kommer att erbjudas bedömning på Smärt- och rehabiliteringscentrum**

- Trötta patienter med okomplicerat stresstillstånd eller primär sömnstörning.
- Patienter vars aktivitetsförmåga inte är väsentligen nedsatt.
- Patienter med trötthet efter hjärnskada bedöms i första hand på Hjärnskadeteamet, Rehabiliteringsmedicinska kliniken
- Patienter med uttalad somatisk eller psykiatrisk samsjuklighet som i stort förklarar tröttheten och som då bättre tas om hand på andra specialistkliniker.

## **Lämplig basal labbutredning vid trötthet**

***Proverna ska ha tagits efter symtomdebut och basala labb bör inte vara äldre 6 mån.***

Labtester skall omfatta:

Fullständig blodstatus, CRP, SR, Na, K, Calciumjon

Sköldkörtelfunktion (TSH-reflex) – (om rubbning av funktion färskt prov)

Fasteglukos (vid misstanke diabetes - HbA1C)

Leverstatus, vid misstanke överkonsumtion alkohol – PETH. Albumin och immunglobuliner.

Njurstatus, albumin/kreativot.

Järnstatus inkl ferritin.

Reflexkobalamin, S-folat (och homocystein om avvikande folat).

Vitamin D (25-hydroxy-cholecalciferol).

Transglutaminas-ak om indicerat (observera att trötthet kan vara enda symtom på celiaki).

Proteinprofil om indicerat.

Urinalanalys/urinsticka. Borreliaserologi vid misstanke om genomgången infektion av betydelse.

Testosteron om indicerat.

Morgonkortisol.

#### **Differentialdiagnoser att tänka på vid utredning av trötthet (i alfabetisk ordning)**

**Endokrina sjukdomar** (T ex Addisons sjukdom, sköldkörtelsjukdomar, rubbningar i kalciumomsättning, manlig hypogonadism, klimakteriella besvär, fetma med BMI över 35, diabetes mellitus framför allt typ 1, hypofyssidjukdomar, vitamin B12 eller D brist.)

**Infektionssjukdomar** (T ex Akut mononukleosis, TBC, HIV/AIDS, Brucellosis, Coxackie inf, kroniska hepatiter, Lyme sjukdom, Neuroborrelios, Post-polio sy, Giardia, Leptospiros, Toxoplasmos, andra pågående kroniska infektioner, långdragen fatigue post-covid).

**Hematologiska sjukdomar** (T ex anemier, hemokromatos, leukemier, lymfom, myeloplastiska syndrom)

**Gastrointestinala sjukdomar** (T ex celiaki, Chrons sjukdom, inflammatorisk tarmsjukdom)

#### **Primär immunbrist**

**Kardiovaskulära sjukdomar** (T ex kardiomyopater, claudicatio, hjärt-kärlsjukdomar, hjärtklaffsjukdomar, medfödda hjärtfel, lunghypertension.) Då ortostatisk intolerans (posturalt takykardisyndrom eller ortostatisk hypotension) är ofta förekommande och bidragande till symtom hos patienter som aktualiseras hos oss bör också en kardiell bedömning vara gjord innan patienten remitteras hit inkluderande som minst hjärtauskultation, EKG och förlängt ortostatiskt prov. Vid avvikande fynd bör ställning också ha tagits till ev vidare utredning/åtgärd.

**Lungsjukdomar** (T ex aspergilios, astma och allergier, sarkoidos. Beakta också ev hyperventilationssyndrom där riktad behandling kan vara av nytta)

**Maligna sjukdomar** (T ex primära och sekundära)

**Pågående substansbruk** (T ex alkohol, narkotika, läkemedel, förgiftningar, läkemedelsöverkänslighet)

**Neurologiska sjukdomar** (T ex MS, demenssjukdomar, Parkinsons sjukdom, myasthenia gravis, myopater, neuropater)

**Reumatologiska sjukdomar** (T ex Polymyalgia rheumatica, RA, SLE)

**Psykiatriska sjukdomar** (T ex bipolär sjukdom, GAD, svår depressiv episod, PTSD, neuropsykiatriska sjukdomar (ADHD; autismspektrumstörning), personlighetsstörningar.)

**Sömnstörningar** (till exempel sömnapné, narkolepsi, periodiska benrörelser - PLM)

### **Tillstånd med långvarig smärta**

#### **Trötthetsanalys**

Vårt förhållningssätt till komplicerad trötthet utgår från den biopsykosociala modellen men också utifrån en stressfysiologisk förklaringsmodell. I enlighet med stress-sårbarhetsmodellen bör man kartlägga predisponerande sårbarhetsfaktorer samt utlösande och vidmakthållande faktorer som samverkar i patientens problematik. Summan av dessa påverkande faktorer är ofta större än de ingående delarna tillsammans utifrån ett komplext samspel dem emellan. Man bör även kartlägga hälsofrämjande faktorer hos patienten. Vid komplicerad trötthet är det viktigt att utreda och behandla den samsjuklighet (både psykiatrisk och somatisk) som kan medverka till tröttheten. Liksom vid långvarig smärta är det också viktigt att kartlägga psykologiska och sociala faktorer som kan påverka tröttheten.

För att minska lidandet och konsekvenserna av tröttheten bör behandlingen av medverkande faktorer optimeras så mycket som möjligt. Därtill bör patientens hälsofrämjande faktorer stärkas. Rehabiliterande insatser riktar in sig på att stärka patienten i konstruktiva hanteringsstrategier och minska uppmärksamheten på kvarvarande symtom.

#### **Sårbarhetsfaktorer**

##### **Predisponerande faktorer**

##### **Ökad sårbarhet:**

- Psykologiska faktorer
- Psykiatriska faktorer
- Sociala faktorer
- Somatiska faktorer

**Bild:** Trötthetsanalysens delar utifrån Stress- sårbarhetsmodellen samt delarnas påverkan på trötthetsupplevelsen (lidandet).

