

FUNKTIONELLA NEUROLOGISKA SYMTOM

Neuro-stroke & Rehab
Östersund
250123-24

Konsultläkare psykiatri och rehabiliteringsmedicin
Primärvården Västra Gästrikland, Region Gävleborg
callesjostrom@gmail.com
www.stokapsykkonsult.com



JÄV

ANSTÄLLNING etc

- Läkare, specialist i Psykiatri (2010) & Rehabiliteringsmedicin (2017).
- Grundläggande psykoterapiutbildning ("Steg 1"), Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi (2007-2008).
- Anställd i Primärvård Västra Gästrikland, Region Gävleborg.
- Enskild firma – ett 10-tal uppdrag/år www.stokapsykkonsult.com
- Erhållit föreläsningssarvode från läkemedelsföretag vid 1 tillfälle sedan 2014.

MEDVERKAN

- Medförfattare till kapitlet om "Kroppssyndrom" i "Psykiatri" (Studentlitteratur 2016 + 2024).
- Medförfattare till kapitlet om Funktionella tillstånd i Svenska Psykiatriska Föreningens riktlinjer Konsultationspsykiatri (2022)
- Initiativtagare till "Funktionella listan" – ett professionellt nätverk för FNS.
- Översättare av patientinformationsmaterial "När kroppen säger ifrån" (2021).
- Översättare + domänägare av www.funktionellasymptom.se / www.neurosymptoms.org (2021-2022)
- Översättare av www.bodysymptoms.org (2024-)

ÖVRIGT SKRYT

- Sekretariatsansvarig Skutskär bandy Dam
- www.hoymusic.se

VI KOMMER ATT TA UPP...

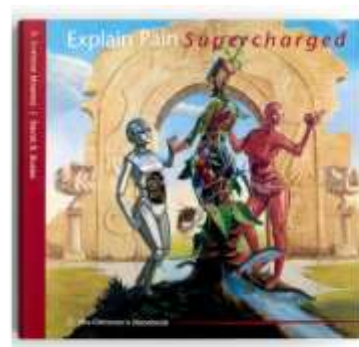
- Vad är ett funktionellt tillstånd?
- Hur kan vi börja prata med patienter om det?
- Bemötande
- Handläggning i akutsjukvård
- Rehabilitering vid funktionella tillstånd



Hallett, Stone, Carson
2016



Fink, Rosendal 2015



Moseley, Butler 2017



Kozłowska, Scher,
Helgeland 2020



Svenska Föreningen för
Konsultationspsykiatri 2022



Herlofsson m.fl. 2024



Deaken 2025



Bodysymptoms. MECHANISMS ↓ SYMPTOMS STORIES RESOURCES FAQ ENGLISH

Welcome to Bodysymptoms.

Explore the mind-body mechanisms behind common functional symptoms



www.bodysymptoms.org

FND Guide neurosymptoms.org [Spara artiklar / Rekommendera](#)

[Hem](#) [Symtom](#) [Orsaker](#) [Behandling](#) [Personliga berättelser](#) [Media](#) [FAQ](#) [Om](#) [Svenska faktablad](#)

Check out the NEW Functional Neurological Disorder (FND) Formulation Tool [Launch](#)

Funktionell Neurologisk Symptomstörning:

Är neurologiska symptom som svaghet i en kroppsdel, tremor (skakningar), domningar eller frånvaroattacker som har att göra med de delar av nervsystemet som sköter rörelse eller känslor, och som:

- ... har orsakats av ett PROBLEM med FUNKTIONEN i nervsystemet
- ... är ett problem med "mjukvaran" i hjärnan, inte med "hårdvaran" (som vid Stroke eller MS)
- ... har "positiva diagnostiska kännetecken" typiska för FNS
- ... orsakar svårigheter i vardagen för den person som drabbats

Funktionella Neurologiska Symtom:

Barndoms symptom som mer tydligt kommer från ett fysiskt skadade - inte ett stort

www.funktionellasymptom.se



PATIENTFALL KVINNA 21 ÅR

- Inkommit till akutmottagning vid flera tillfällen med olika neurologiska symtom efter ridolycka. Ett flertal utredningar har varit u.a. Fått återgå till hemmet med hänvisning till HC. "Postcommotiosyndrom".
- Nu inkommit försämrad, kan inte skrivas ut till hemmet.
- Inlagd Strokeavdelning. Neurologkonsult bedömer att det är funktionellt. Psykiaterkonsult hänvisar till HC.
- Patienten har svårt att gå, behöver hjälpmedel, beroende av sina föräldrar.

Funktionella tillstånd i akutsjukvård?

- Funktionella symtom är en vanlig differentialdiagnos till många akuta sjukdomstillstånd.
- Kostnader är stora men *väldigt lite värde för pengarna -> kan vi använda resurserna bättre?*



Original Investigation

FREE

October 26, 2020

Assessment of Emergency Department and Inpatient Use and Costs in Adult and Pediatric Functional Neurological Disorders

Christopher D. Stephan, MB ChB, MRCP(UK), MS¹; Vicki Fung, PhD²; Codrin I. Lungu, MD²; et al

[Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

JAMA Neurol. 2021;78(1):88-101. doi:10.1001/jamaneurol.2020.3753

Open access

Original research

BMJ Open Prevalence of medically unexplained symptoms in adults who are high users of healthcare services and magnitude of associated costs: a systematic review

Ferozkhan Jadhakhan¹, Daniel Romeu,^{2,3} Oana Lindner,⁴ Amy Blakemore⁵, Elspeth Guthrie⁶

~~Påhittat?~~ **Verkligt**

FUNKTIONELLT

~~Inbillat?~~ **Ofta subjektiva symtom**

~~Psykogent?~~ **Beror på problem med
FUNKTIONEN i systemet, inte
på en skada/sjukdom**

**Detta kan i sin tur ha många
orsaker**

~~Man hittar inget fel~~

**Vi kan se typiska tecken på att det är
funktionellt**

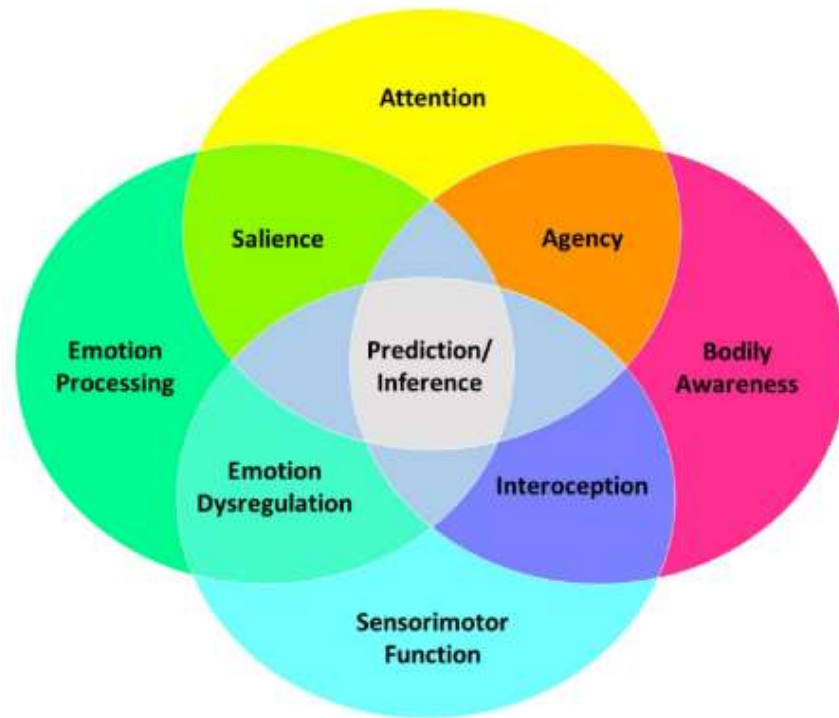
Vad är ett funktionellt tillstånd – Sammanfattning

- **Verkligt tillstånd** - d v s inte inbillat eller påhittat.
- Beror på **PROBLEM** med **FUNKTIONEN** i systemet, och inte på en skada eller sjukdom.
- Funktionsstörningen utgår från normala *fysiologiska reaktioner* som blivit för starka eller långvariga.
- Vi kan ganska ofta ställa en **säker diagnos utifrån undersökning** = **POSITIV DIAGNOSTIK**
- *Orsaken till störningen* vet vi ofta inte så mycket om när vi ställer diagnosen.
- En biopsykosocial sjukdomsmodell är nödvändig för att förstå och behandla
- Det är inga mystiska tillstånd - vi känner till många av de mekanismer som är inblandade

Funktionella tillstånd är VERKLIGA tillstånd som karakteriseras av ...

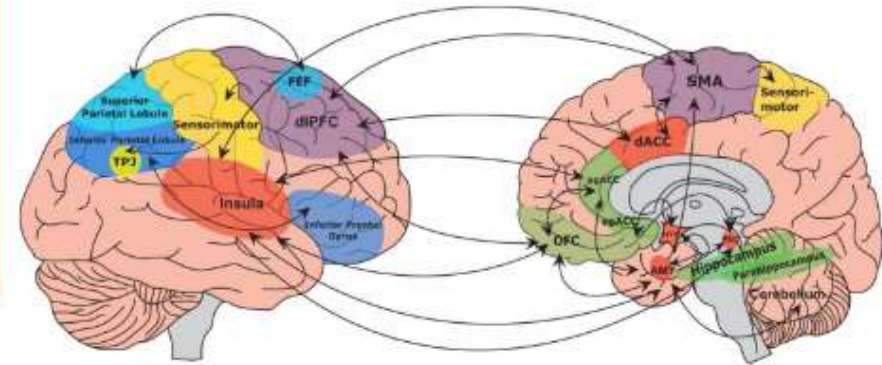
1. Hög grad av påverkan av känslomässiga, kognitiva, beteendemässiga och sociala faktorer i **uppkomst och variation**
2. Reversibilitet på ett karakteristiskt sätt i hög grad beroende av känslomässiga, kognitiva, beteendemässiga och sociala faktorer

... *men biomedicinska faktorer finns alltid med.*



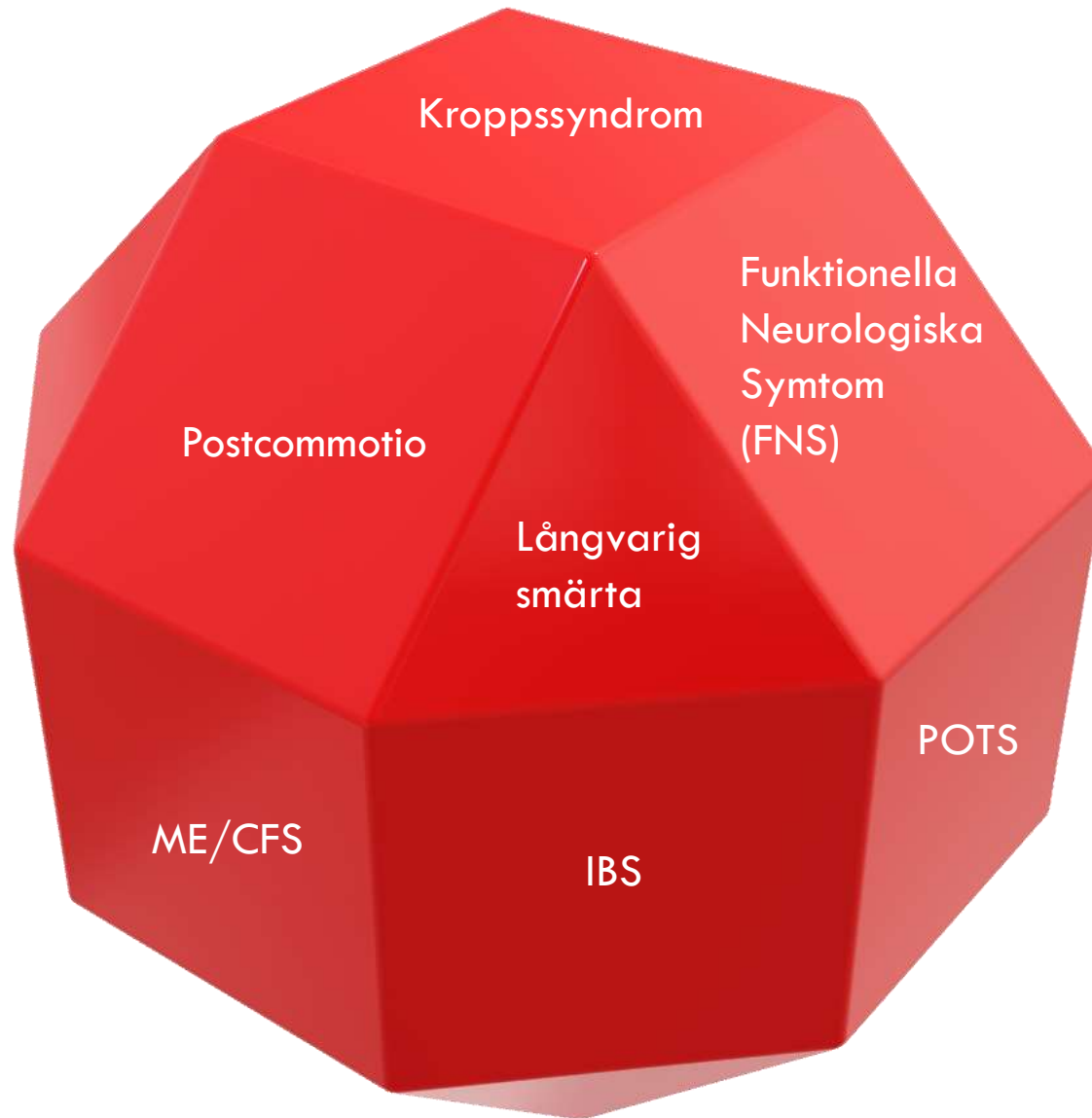
Patofysiologi

"Emerging core constructs and brain circuits involved"



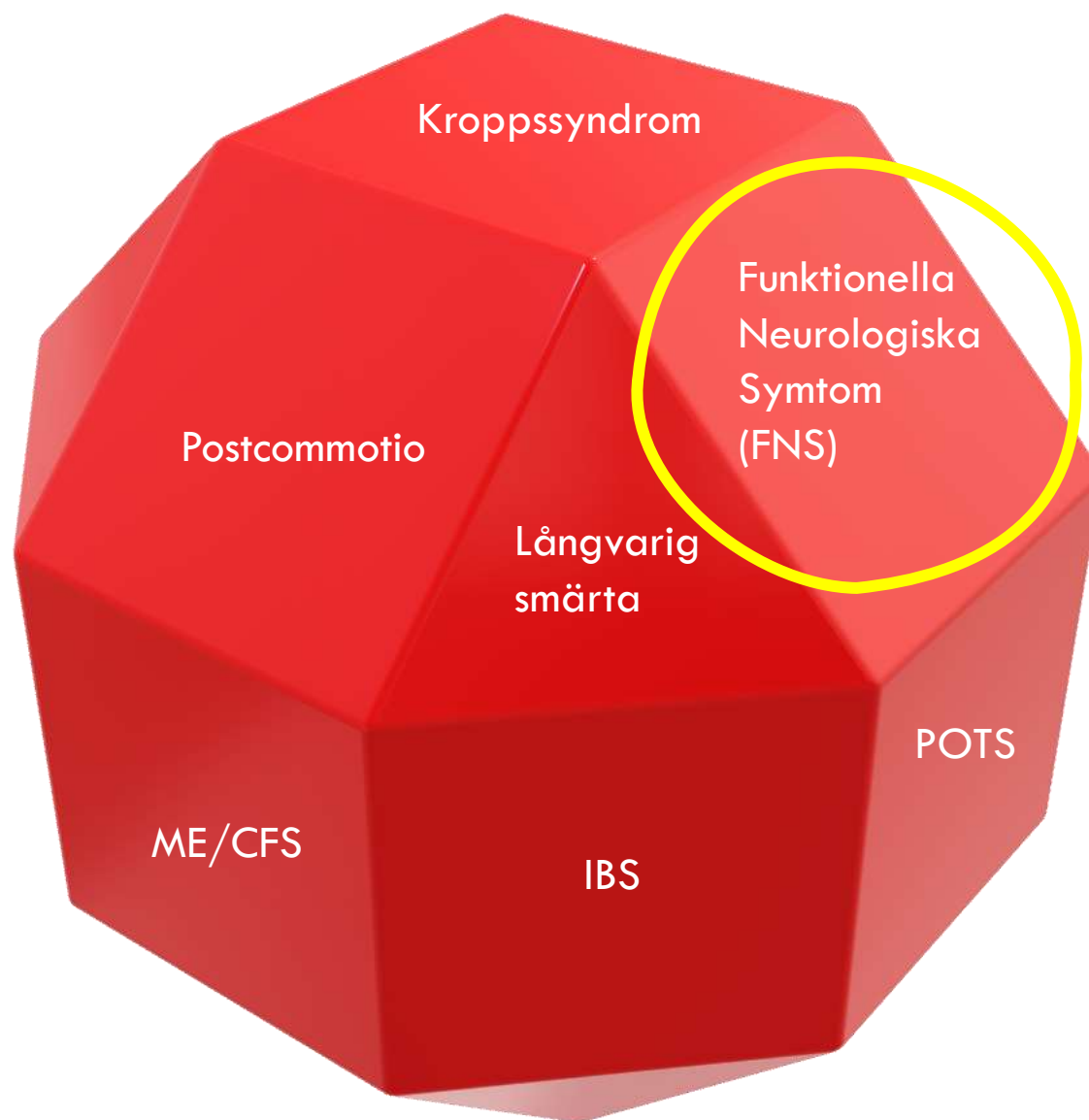
- Yellow: Sensorimotor & TPJ networks: deficits in motor execution and feedforward signaling leading to impaired self-agency
- Red: Salience network: altered homeostatic balance, interoception, multimodal integration and emotional/self-awareness
- Green: Limbic network: impaired emotion regulation, fear extinction, value-based viscerosomatic processing
- Blue: Dorsal attention network: altered goal-directed attentional mechanisms
- Purple: Ventral attention network: altered stimulus-driven attentional mechanisms
- Purple: Cognitive control and motor planning networks: motor planning deficits

Drane et al, 2020

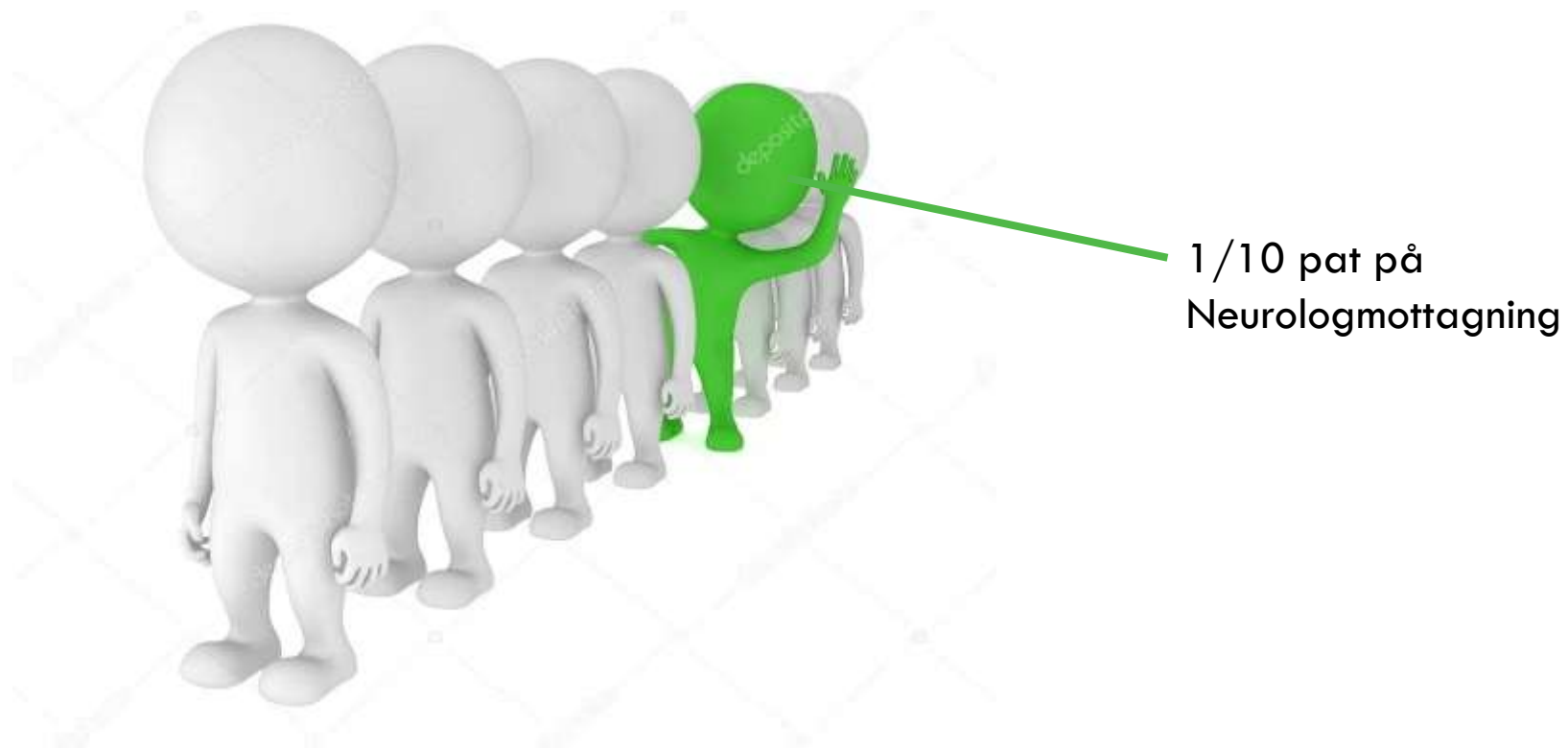


RISKUTSATTA "STORKONSUMENTER"

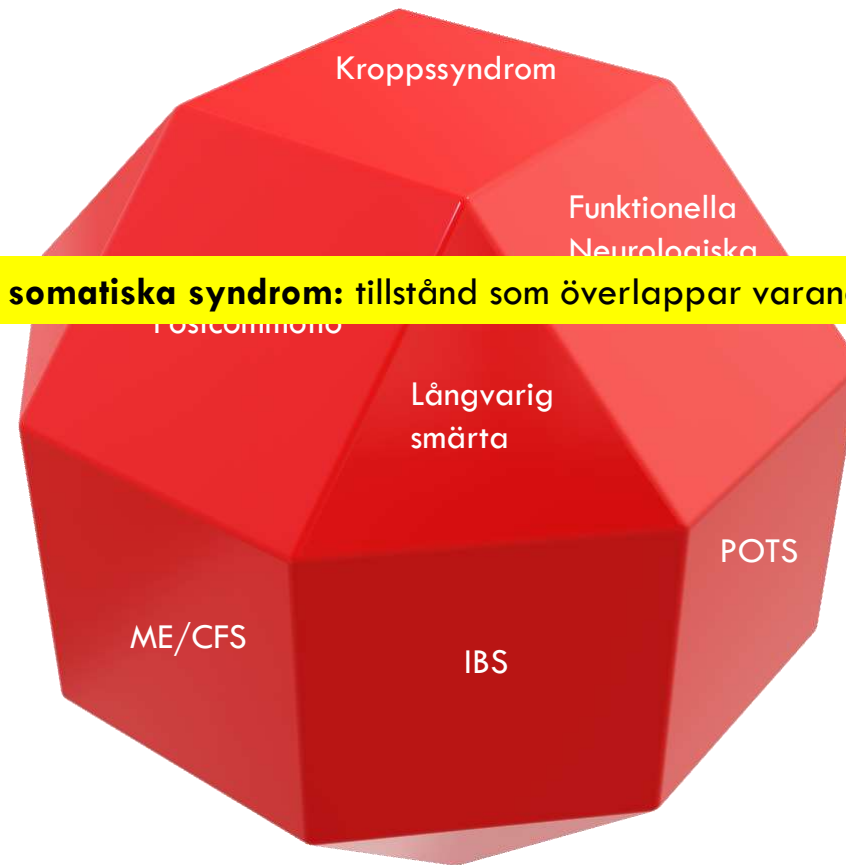


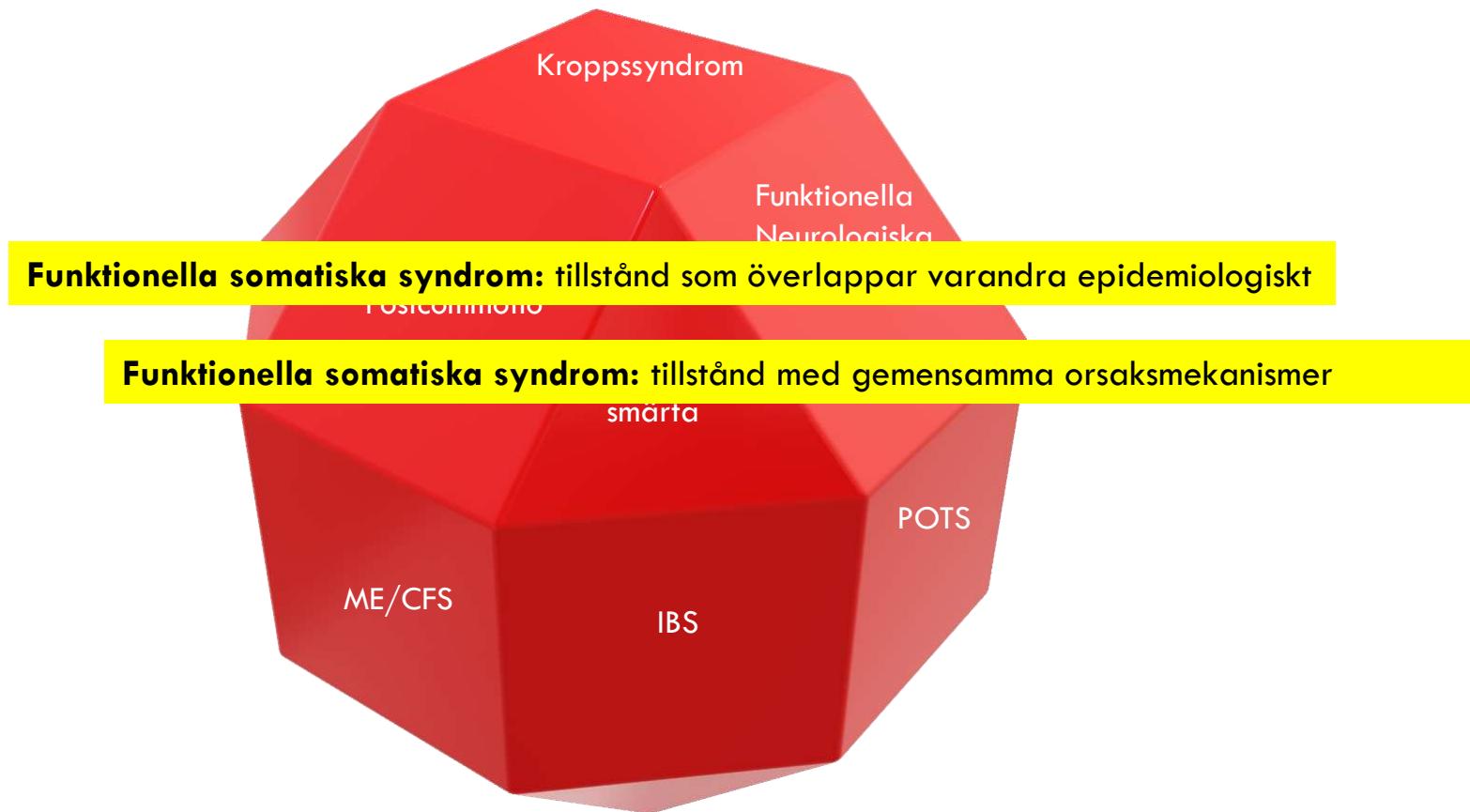


RISKUTSATTA "STORKONSUMENTER"

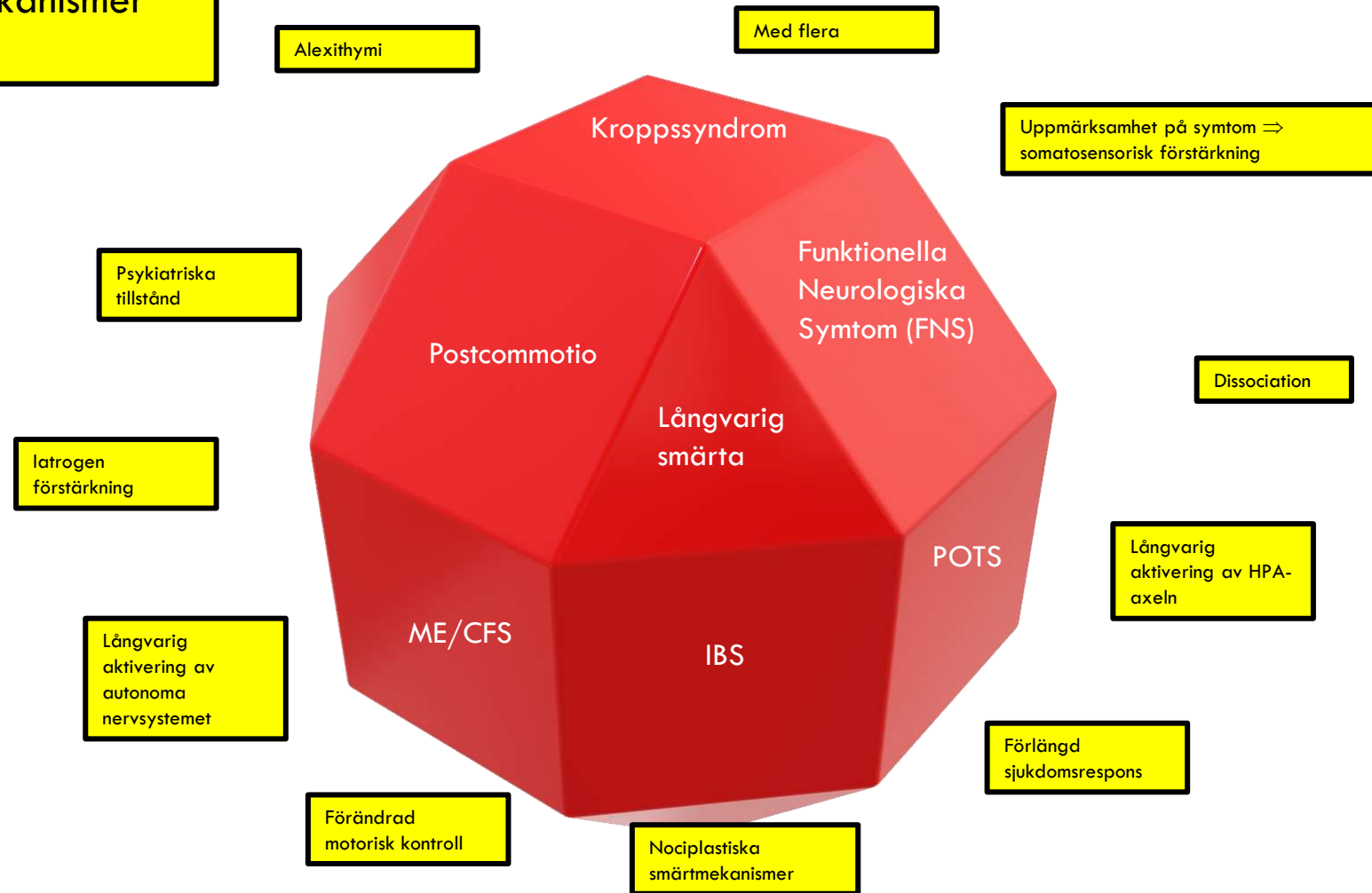


Funktionella somatiska syndrom: tillstånd som överlappar varandra epidemiologiskt





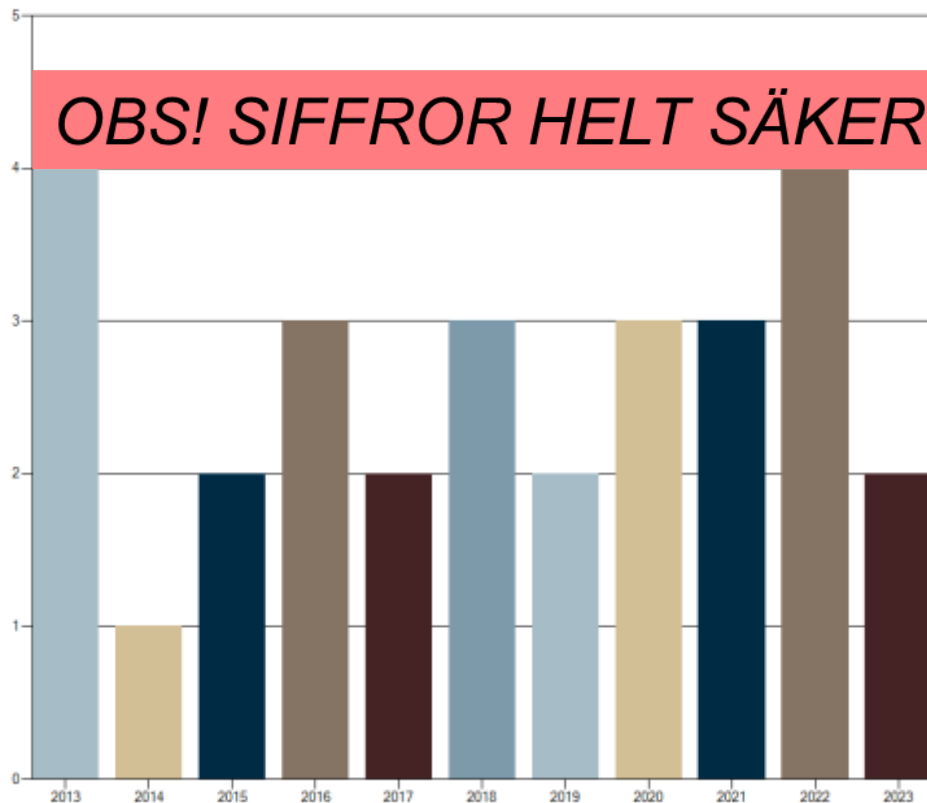
Kända orsaksmekanismer (Exempel)



Hur många?

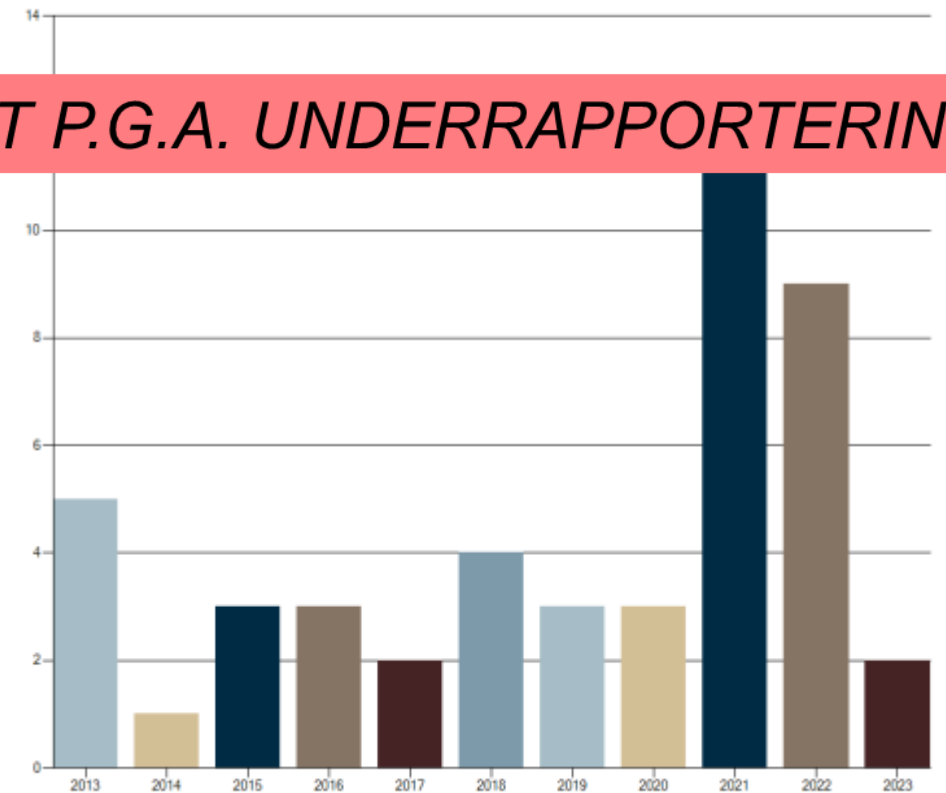


Diagnoser, Sluten vård, Antal patienter, F44 Dissociativa syndrom, Jämtlands län, Ålder: 0-85+, Båda könen



OBS! SIFFROR HELT SÄKERT I UNDERKANT P.G.A. UNDERRAPPORTERING

Diagnoser, Sluten vård, Vårdtillfällen, F44 Dissociativa syndrom, Jämtlands län, Ålder: 0-85+, Båda könen





OPEN ACCESS

Systematic review

Incidence and prevalence of functional neurological disorder: a systematic review

Sara A Finkelstein ,^{1,2} Clare Diamond,³ Alan Carson,⁴ Jon Stone ⁴

¹Functional Neurological Disorder Unit, Division of Behavioral Neurology and Integrated Brain Medicine, Department of Neurology, Massachusetts General Hospital, Boston, MA

²Harvard Medical School, Boston, MA

³Bristol Trials Unit, Bristol, UK

⁴Centre for Neuroimaging Sciences, University of Edinburgh, Edinburgh, UK

Correspondence: Professor J. Stone, j.stone@ed.ac.uk

Received 7 August 2024

Accepted 18 October 2024

ABSTRACT

Background Robust epidemiological data regarding population incidence and prevalence of functional neurological disorder (FND) would be helpful with regards to resource allocation and planning for this

WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

⇒ A number of studies have tried to delineate the incidence and prevalence of functional neurological disorder (FND).

80–140/100 000 → ca 100 personer i Jämtlands län

reported on FND incidence, 21 reported on prevalence. Comparison between studies was difficult due to methodological differences and significant heterogeneity of incidence and prevalence estimates was found. The incidence of FND was estimated at 10–22/100 000, while minimum prevalence of FND was estimated at 80–140/100 000, with a possible range of 50–1600/100 000. Incidence of paediatric FND was estimated to be between 1 and 18/100 000.

Incidence and prevalence would help direct appropriate healthcare policy, planning and resource allocation, as well as prioritisation of research funding across government agencies and foundations.

that individuals with FND comprise 5%–15% of patients presenting to neurology services.^{1,2} FND is often associated with a high degree of physical

Patienterna är unga och i arbetsför ålder

Original research

Functional movement disorder gender, age and phenotype study: a systematic review and individual patient meta-analysis of 4905 cases

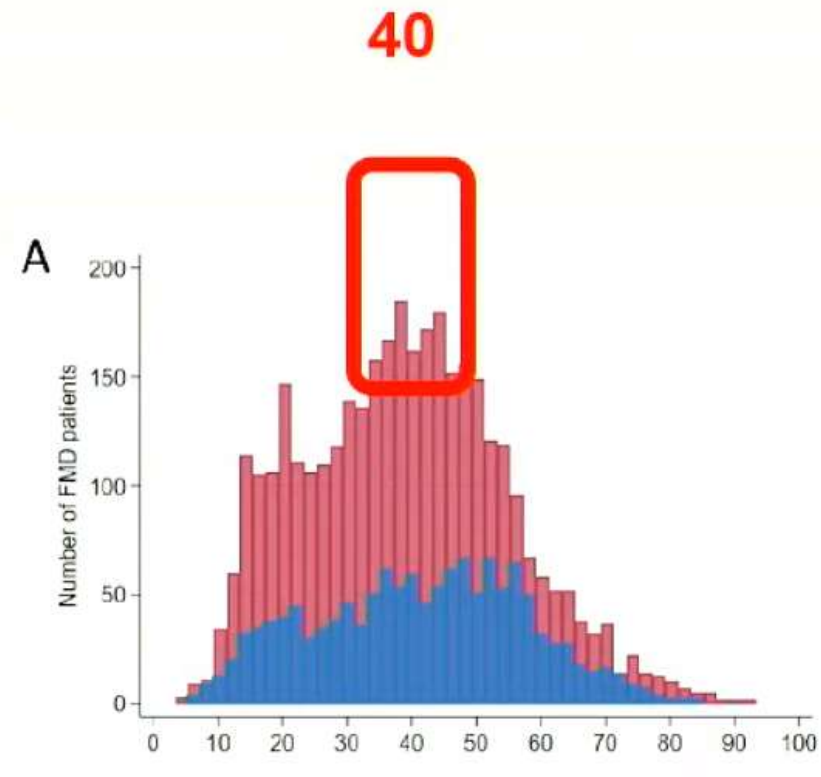
Sarah C. Lidstone^{1,2}, Michael Costa-Parke¹, Emily J. Robinson^{3,4},
Tommaso Erroli⁵, Inn Stone⁶, FMD GAP Study Group

Received: 30 April 2018 | Revised: 1 September 2018 | Accepted: 1 September 2018
DOI: 10.1111/epi.14786

FULL-LENGTH ORIGINAL RESEARCH

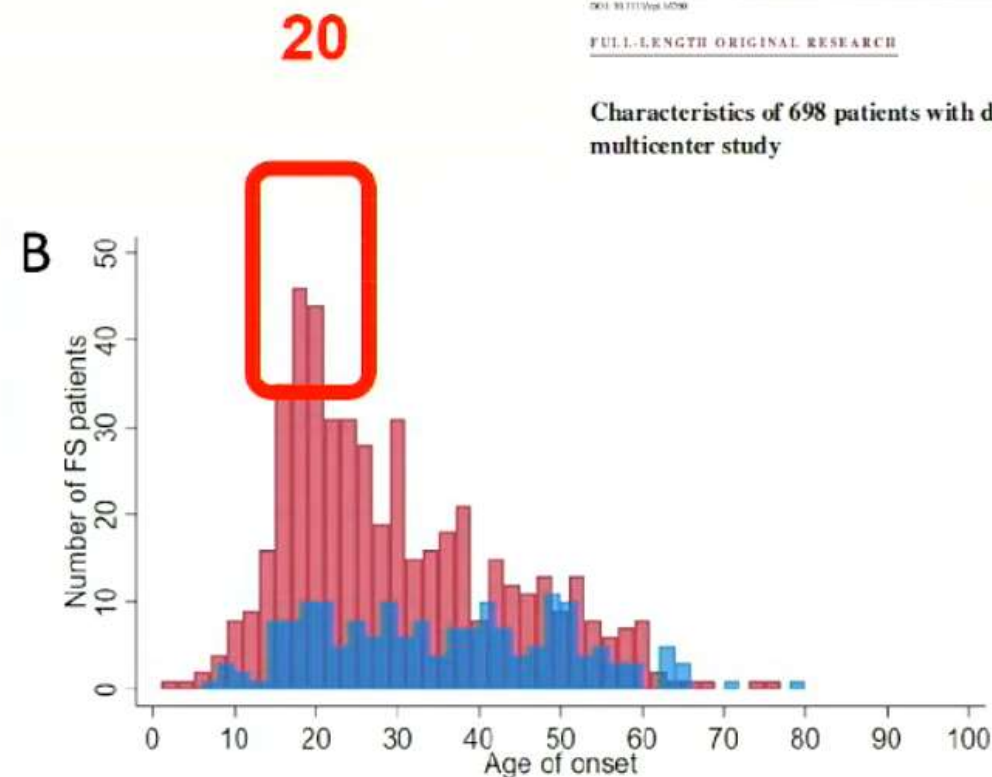
Epilepsia

Characteristics of 698 patients with dissociative seizures: A UK multicenter study



FMD

Females Males



NES

Prognos FNS

- Generellt dålig prognos om vi inte gör något.
- Positiva prognostiska faktorer:
 - Kort duration (=tidig diagnos)
 - Yngre ålder
 - Egen uppfattning om att symtomen kan gå över



Handbook of Clinical Neurology
Volume 139, 2016, Pages 523-541



Chapter 43 - Prognosis of functional neurologic disorders

[J. Gelouff¹](#), [J. Stone²](#)  

Letters To The Editor |  Full Access

Ten myths about functional neurological disorder

S. C. Lidstone , R. Araújo, J. Stone, B. R. Bloem,

First published: 12 May 2020 | <https://doi.org/10.1111/ene.14310> | Citations: 5

[Find Link Text](#)

“Attitudes and practices toward FND are changing, but the many misconceptions that surround it continue to obstruct good medical care for these patients”.

Myt 1: FNS är en uteslutningsdiagnos.

Myt 2: Patienter har antingen FNS eller en annan neurologisk sjukdom.

Myt 3: Att det “ser märkligt ut” talar för FNS.

Myt 4: Olika fenotyper av FNS består av olika tillstånd.

Myt 5: Symtom vid FNS är frivilliga.

Myt 6: Utredningar ska undvikas vid FNS.

Myt 7: Det är mindre skadligt att missa FNS än att missa andra neurologiska tillstånd.

Myt 8: FNS är ett uteslutande psykologiskt problem.

Myt 9: Prognosen för FNS är i regel god.

Myt 10: Behandlingen vid FNS är ENBART psykologisk.



RISKER MED ATT FORTSÄTTA SOM VI GÖR

- Patienter går miste om effektiv behandling



- Patienter utsätts för riskfyllda insatser



- "Iatrogena kognitiva skador"



DET FINNS IDAG EFFEKTIVA METODER

Vad behövs?

Om vi förklarar tillstånden på ett bra sätt	Träning i förklaringsmodeller Patientinformationsmaterial
Om vi breddar sjukdomsmodellen	Biopsykosocial sjukdomsmodell
Om vi arbetar i team och över gränser	Mer "somatik" i psykiatrin Mer "psykiatri" i somatiken Teamarbete i primärvård

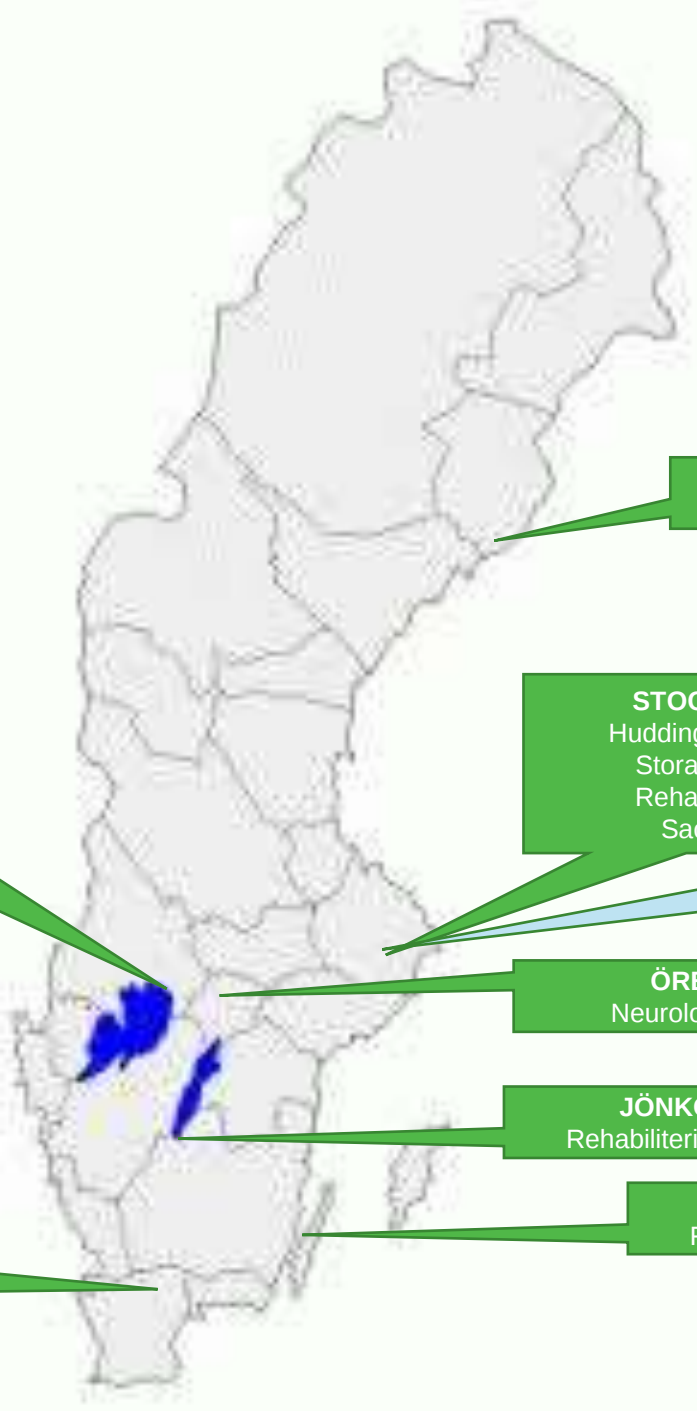


Konsultationspsykiatri

Januari 2025

Team för
FNS

Forskning



KARLSTAD
Rehabiliteringsmedicin/
Neurologi

UMEÅ
Rehabiliteringsmedicin

STOCKHOLM
Huddinge Psykiatri
Stora Sköndal
Rehab Station
Sachsska

STOCKHOLM
FNS
EAET/ISTDP

ÖREBRO
Neurologkliniken

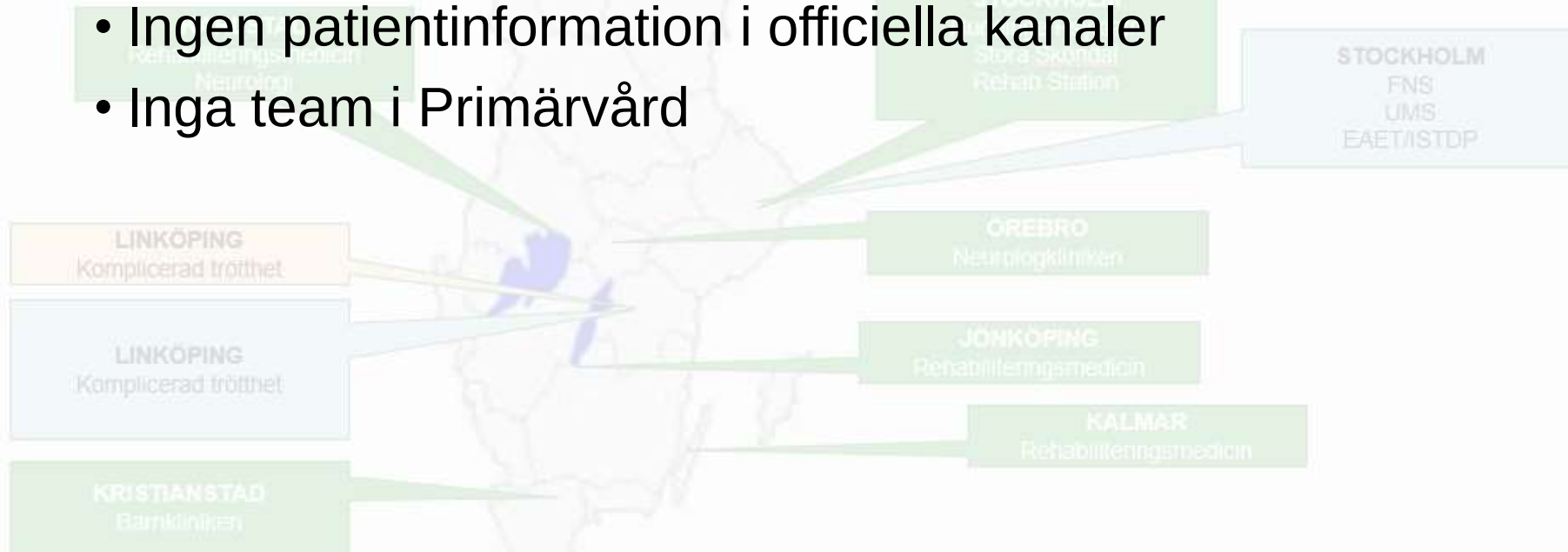
JÖNKÖPING
Rehabiliteringsmedicin

KALMAR
Rehabiliteringsmedicin

KRISTIANSTAD
Barnkliniken

FNS I SVERIGE

- Inga nationella styrdokument
- Inga sökbara regionala vårdprogram
- Ingår inte i något NPO
- Ingen patientinformation i officiella kanaler
- Inga team i Primärvård



FNS

ÖVRIGA
(ej
smärta)

Forskning
(ej smärta)

F

-
-
-
-
-

Re

•

LINKÖPING
Komplicerad trötthet

LINKÖPING
Komplicerad trötthet

KRISTIANSTAD
Barnkliniken

ÖREBRO
Neurologikliniken

JÖNKÖPING
Rehabiliteringsmedicin

KALMAR
Rehabiliteringsmedicin



[Illnesses and conditions](#)
[Symptoms and self-help](#)
[Tests and treatments](#)
[Healthy living](#)
[Care, support and rights](#)
[Scotland's Service Directory](#)

Rome > [Illnesses and conditions](#) > [Brain, nerves and spinal cord](#)

Functional neurological disorder

Functional neurological disorder (FND) describes a problem with how the brain receives and sends information to the rest of the body.

It's often helpful to think of your brain as a computer. In someone who has FND, there's no damage to the hardware, or structure, of the brain. It's the software, or program running on the computer, that isn't working properly.

The problems that cause FND are going on in a level of the brain that you cannot control. It includes symptoms like arm and leg weakness and seizures. Other symptoms like fatigue or pain are not directly caused by FND, but are often found alongside it.

Symptoms of FND

FND can have many symptoms that can vary from person to person. Some people may have few symptoms, and some people may have many.

i A diagnosis of FND should be made because you have one or more clinical features that a specialist can recognise as typical of FND. It shouldn't be made just because

Add this page to Info For Life

Other health sites

Neurosymbols FND Guide

My FND

FND Hope UK

FND Action

Live Support

Chat to an NHS expert

Online Now

FNS

ÖVRIGA
(ej)



[What is FND](#)
[Managing FND](#)
[What to do](#)
[How to live](#)
[FND Research](#)
[FND Support](#)

FIND A PROVIDER
NEAR YOU







Funktionelle Lidelser



Viden og Redskaber til Almen Praksis

INFORMATION OM FUNKTIONELLE LIDELSER

Når kroppen siger fra



Functional Disorders and Medically Unexplained Symptoms

Assessment and treatment



Created by Per Fleck and Morten B.



SUNDHEDSTYRELSEN

Om os

Covid-19 og influenza

Nyheder

Fokus

Udgivelses

Publiser

Ansøg

Viden / Sygdomme / Funktionelle Lidelser

Funktionelle Lidelser

Fakta om funktionelle lidelser

Anbefalinger og vejledninger

Håndbog til patienter og pårørende

Diagnoser

Videnssamling og netværkskonferencer til almen praksis

Specialiseret behandling

Udgivelser

Anbefalinger og vejledninger om funktionelle lidelser

Patienter med funktionelle lidelser skal ligesom andre have tilbud om udredning og behandling tilpasset deres præferencer og behov, med fri og lige adgang, og af høj kvalitet.

Sundhedstilsynet arbejder for at forbedre sundhedsvæsenets tilbud til patienter med funktionelle lidelser og har udgivet anbefalinger, vejledninger og redskaber på området, som kan findes nedenfor.

Organisering, behandling og rehabilitering

Patienter med funktionelle lidelser oplever ofte både lange og usammenhængende udredningsforløb i sundhedsvæsenet, hvor de undervejs bliver mødt med manglende viden, fordomme og negativ forskelsbehandling eller diskrimination. Hvilket tilsammen betyder, at mennesker med funktionelle lidelser kan føle sig som mindre værdige patienter, kastebold i sundhedsvæsenet eller overtadt til sig selv.

Sundhedstilsynet ser derfor et behov for at lette indsatsen i forhold til patienter med

Funktionelle lidelser

Om funktionelle lidelser

For patienter og pårørende

For fagfolk og forskere

Om afdelingen

Kontakt

Om funktionelle lidelser

For patienter og pårørende

For fagfolk og forskere

Om afdelingen

Kontakt

Om afdelingen



Funktionelle Lidelser, af 11 blev grundlagt i foråret 2019 på initiativ af Aarhus Amt og Aarhus Universitetshospital. Afdelingen er tilknyttet Aarhus Universitet.

Vores mål

Vi arbejder for at forbedre de berørte patienters behandlingsforløb, så de kan opnå større livskvalitet.

Vores vigtigste arbejdsområder

• Forskning

• Videnssamling og netværkskonferencer til almen praksis

Kontakt

Organisation

Om hjemmesiden

PATIENTFALL KVINNA 21 ÅR

Symtom dag 2

Gångrubbning	kan inte böja höger ben vid trappgång
	går extremt långsamt
Finmotoriska svårigheter	tappar saker
Hållningsrubbning	lutar åt vänster i sittande
	falltendens
Trötthet	förstärks lång tid efter ansträngning
Ljud- och ljuskänslighet	försöker begränsa så mycket som möjligt
Smärta i kroppen	hindrar fysisk aktivitet

PATIENTFALL KVINNA 21 ÅR

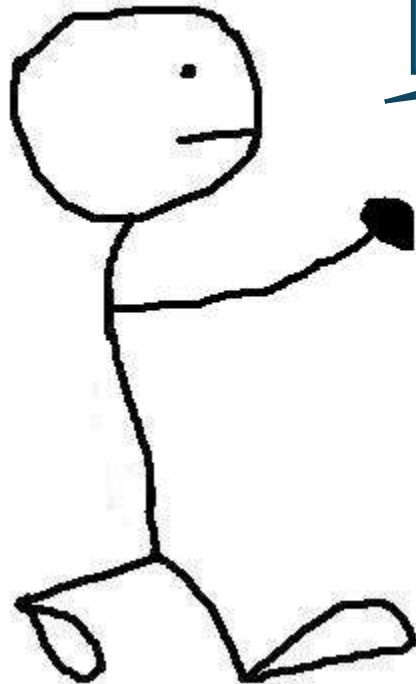
Symtom dag 2

Gångrubbning	kan inte böja höger ben vid trappgång
	går extremt långsamt

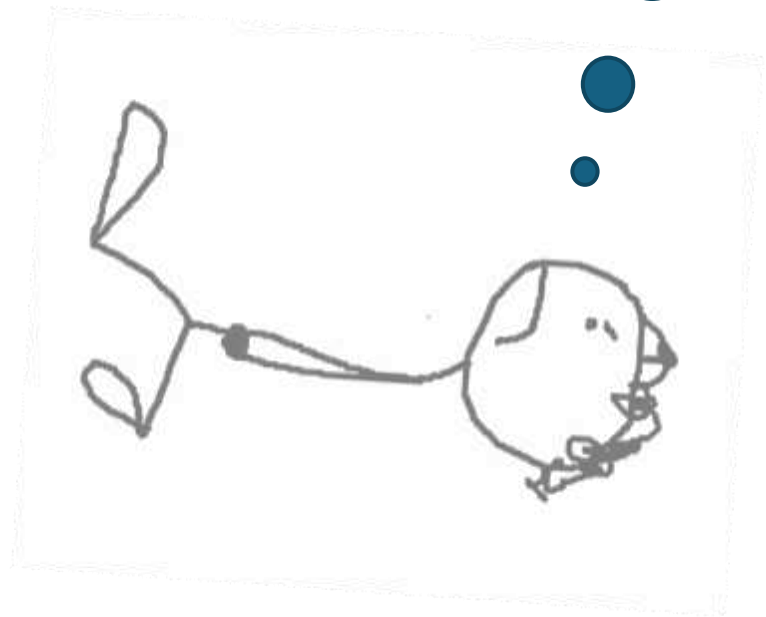
MRT HJÄRNA + RYGGMÄRG, LP, BLODPROVER U.A.

svårigheter	
Hållningsrubbning	lutar åt vänster i sittande
	falltendens
Trötthet	förstärks lång tid efter ansträngning
Ljud- och ljuskänslighet	försöker begränsa så mycket som möjligt
Smärta i kroppen	hindrar fysisk aktivitet

EXKLUSIONS DIAGNOSTIK



Vi hittar inget
fel, du får åka
hem

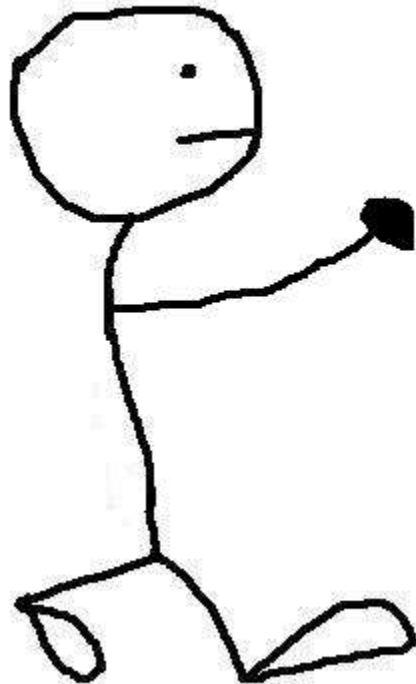


here we go
again...

EXKLUSIONS DIAGNOSTIK

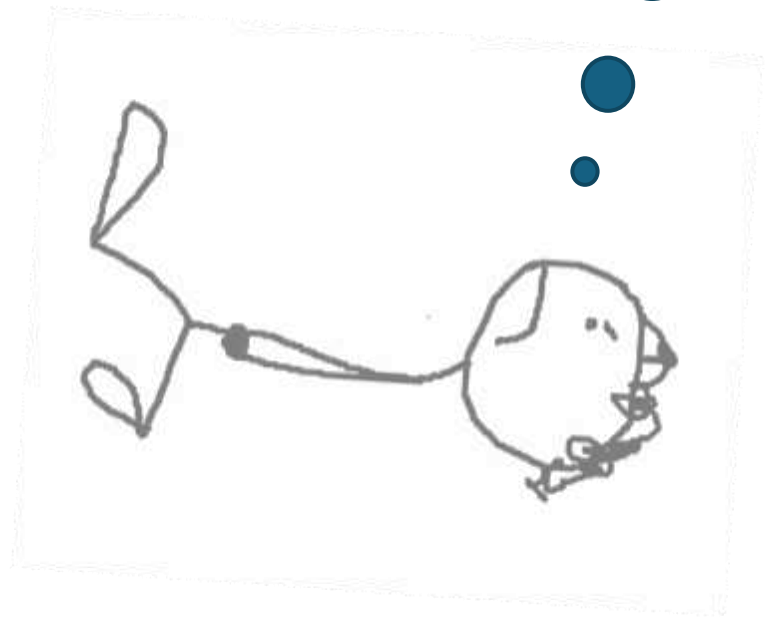


EXKLUSIONS DIAGNOSTIK



Det kan nog
vara
psykiskt!

wtf... jag
åker hem
och
googlar



PATIENTFALL KVINNA 21 ÅR

Symtom dag 2

Gångrubbning	kan inte böja höger ben vid trappgång
---------------------	---------------------------------------

VI HITTAR INGET "FEL" ⇒ REMISS HC

svårigheter	
Hållningsrubbning	lutar åt vänster i sittande
	falltendens
Trötthet	förstärks lång tid efter ansträngning
Ljud- och ljuskänslighet	försöker begränsa så mycket som möjligt
Smärta i kroppen	hindrar fysisk aktivitet

PATIENTFALL KVINNA 21 ÅR

Symtom dag 2

Gångrubbning

ka
be

VI HITTAR IN

svårigheter

Hållningsrubbning

lut
sit

Trötthet

för
an

Ljud- och
ljuskänslighet

för

Smärta i kroppen

mycket som möjligt

hindrar fysisk aktivitet



REMISS HC

PATIENTFALL KVINNA 21 ÅR

Symtom dag 2		Observationer dag 3
Gångrubbning	kan inte böja höger ben vid trappgång	
	går extremt långsamt	
Finmotoriska svårigheter	tappar saker	
Hållningsrubbning	lutar åt vänster i sittande	
	falltendens	
Trötthet	förstärks lång tid efter ansträngning	
Ljud- och ljuskänslighet	försöker begränsa så mycket som möjligt	
Smärta i kroppen	hindrar fysisk aktivitet	

PATIENTFALL KVINNA 21 ÅR

Symtom dag 2		Observationer dag 3
Gångrubbning	kan inte böja höger ben vid trappgång	Fungerar sämre vid undersökning
	går extremt långsamt	Kan ej skynda på vid uppmaning
Finmotoriska svårigheter	tappar saker	Varierande greppstyrka
Hållningsrubbning	lutar åt vänster i sittande	Påverkas av närhet till stöd
	falltendens	Aldrig ramlat allvarligt
Trötthet	förstärks lång tid efter ansträngning	Sover bra, äter bra
Ljud- och ljuskänslighet	försöker begränsa så mycket som möjligt	Klarar normal samtalston och ljus i rummet
Smärta i kroppen	hindrar fysisk aktivitet	Spridd smärta

PATIENTFALL KVINNA 21 ÅR

Symtom dag 2		Observationer dag 3
Gångrubbning	kan inte böja höger ben vid trappgång	Fungerar sämre vid undersökning
	går extremt långsamt	Kan ej skynda på vid uppmaning
Finmotoriska svårigheter	tappar saker	Varierande greppstyrka
Hållningsrubbning	lutar åt vänster i sittande	Påverkas av närhet till stöd
	falltendens	Aldrig ramlat allvarligt
Trötthet	förstärks lång tid efter ansträngning	Sover bra, ater bra
Ljud- och ljuskänslighet	försöker begränsa så mycket som möjligt	Klarar normal samtalston och ljus i rummet
Smärta i kroppen	hindrar fysisk aktivitet	Spridd smärta

"POSITIVA SYMTOM" =
TYPISKT
FUNKTIONELLT

PATIENTFALL KVINNA 21 ÅR

Symtom dag 2		Observationer dag 3
Gångrubbning	kan inte böja höger ben vid trappgång	Fungerar sämre vid undersökning
	går extremt långsamt	Kan ej skynda
Finmotoriska svårigheter	tappar saker	Minimerade greppstyrka
Hållningsrubbning		Påverkas av närhet till stöd
Trötthet	falltendens	Aldrig ramlat allvarligt
	förstärks lång tid efter ansträngning	Sover bra, ater bra
Ljud- och ljuskänslighet	försöker begränsa så mycket som möjligt	Klarar normal samtalston och ljus i rummet
Smärta i kroppen	hindrar fysisk aktivitet	Spridd smärta

"POSITIVA SYMTOM" =
TYPISKT
FUNKTIONELLT

VI HAR HITTAT "FELET"

POSITIV DIAGNOSTIK



Diagnosen - värdet av **positiv diagnostik!**

- “Inte bara” en uteslutningsdiagnos, utan **stabila** och **typiska** tecken på att det är funktionella mekanismer och inte sjukdom eller skada.
- Lättare att kommunicera.
- Lättare att berätta när man kommer hem.

Exempel på positiva diagnostiska tecken



Funktionell svaghet



Hoovers tecken: Svaghet i höftsträckare som förbättras vid böjning mot motstånd på motsatta sidan



Höftabduktortecknet: Svaghet i abduktion som förbättras vid abduktion mot motstånd på motsatta sidan

Funktionell rörelserubbning



Funktionell dystoni yttrar sig normalt som en fixerad position, vanligen en knuten hand eller inåtvriden vrist



Funktionell dystoni i ansiktet yttrar sig som periodiska sammandragningar av platysma eller obicularis oculi



Tremor i ena handen stannar eller avtar vid kopiering av undersökarens rörelse med andra handen.

Funktionella anfall

Skall diagnostiseras utifrån karakteristiska beskrivningar och observationer av anfällen, t ex:

Ögon hårt stängda

Gråtfärdighet

Längre än 5 minuter

Huvudet skakar sida till sida

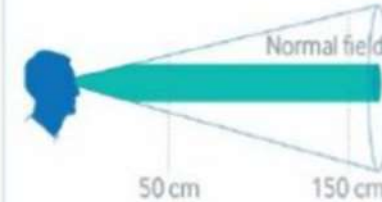
Hyperventilering



Fråga patienten om det går bra att någon familjemedlem filmar anfall

pathophysiological disease

Funktionella synfel



Tunnelseende som är lika brett vid 50 och 150 cm avstånd



Spiralutseende vid synfältestning

Funktionellt underskott i rörelser (Svaghet och Långsamhet)

Allmänna tecken

Extrem långsamhet och svaghet
Eftersläpp
Inkonsistens i utförandet

Bensvaghet

Hoovers tecken
Höftabduktionstecknet (a)
Klarar att stå på tå eller vristerna trots svag plantarflexion i liggande

Armsvaghet

Fallande rörelse utan pronation Fingerspretningstest (b)
Klarar att ta upp saker ur väska eller klä på sig
inkonsistent med undersökning av övre extremiteter

Parkinsonism

Avsaknad av minskad hastighet och amplitud vid upprepad tappning (sekvensseffekt)
Varierande motstånd under passiv manipulation (Gegenhalten)

Funktionellt överskott i rörelser

Tremor

Variation i frekvens
"Inblandning" eller helt utsläckbar (c)
Tonisk koaktivering av antagonistisk muskulatur vid tremorns start
Paus under kontralaterala ballistiska rörelser
"Whack-a-mole"-tecken (d)

Myoklonier

"Inblandning" eller helt utsläckbar (c)
Variation i duration och/eller distribution av ryckningar eller av deras latens (om stimulisensitivt)
Övervikt av axiala eller ansiktsryckningar

Dystoni

Fixerad dystoni från början
Varierande motstånd vid passiv manipulation
Avsaknad av "sensory trick"
Brist på "overflow"
Ansiktet: tonisk uppdragning av läppar eller käke till en sida; stängda ögonlock som står emot uppdragning av undersökaren

Tics

Inte helt stereotypa
Interfererar med tal eller viljemässiga rörelser
Avsaknad av förvarning, "urge"
Oförmåga att viljemässigt trycka tillbaka tics

Funktionella axiala manifestationer

Gång

Knäböjning
Släpande gång med framfoten i kontakt med underlaget
Uttalad långsamhet eller gång som ser ut som att man går på hal is

Hållning

Variationer i positioner över tid
Inkonsistenta, oekonomiska ställningar

Balans

Inga eller kontrollerade fall trots uttalad svajighet vid gång
Svajighet eller obalans minskar med samtidiga uppdrag

Tal

Ansträngt tal
Plötslig debut av dysfoni, stamning eller dysprosodi
Utländsk brytning

- (a) Höftabduktortecknet är svaghet i höftabduktion i det paretiska benet som upphör vid kontralateral höftabduktion mot motstånd i det friska benet.
- (b) Fingerspretningstestet är svaghet i fingerabduktion som upphör vid kontralateral fingerabduktion mot motstånd.
- (c) Inblandning (patientens rytm antar den externa rytmen) eller upphörande av tremor vid externt styrda rytmiska rörelser eller oförmåga att kopiera rörelser.
- (d) "Whack-a-mole" (spel där man "Klubbar mullvad") -tecknet är start eller förvärring av ofrivillig rörelse i en annan kroppsdel när den ursprungligt påverkade kroppsdelens hålls tillbaka av någon.

Kan det vara något annat? Fejkar inte patienten?

DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

Why functional neurological disorder **is not** feigning or malingering

Mark J. Edwards¹ , Mahinda Yogarajah^{2,3,4} & Jon Stone⁵ 

Abstract

Functional neurological disorder (FND) is one of the commonest reasons that people seek help from a neurologist and is for many people

Sections

Introduction

Clinical and epidemiological

Epidemiologiskt

Kliniskt

Experimentellt

Patomimi (F 68.0-1)

- Personen intar inför andra rollen som sjuk, funktionsnedsatt eller skadad
- Det bedrägliga beteendet fortgår även i frånvaro av uppenbar yttre vinning = "Intrapsykiskt behov".
- "Patomimi, annan person" ("Münchhausen by proxy").
Diagnosen avser förövaren.



Simulering (*Malingering*) (Z76.5)

- Medvetet bedrägligt beteende.
- Sekundärvinst = påhitt/överdrift av symtom i syfte att uppnå externa fördelar
- Droger, bidrag, uppehållstillstånd etc



Differentialdiagnostik utifrån "syftet" med beteendet

FUNKTIONELLT	PATOMIMI	SJÄLVSKADEBETEENDE	SIMULERING
Inget syfte – omedveten symtomproduktion	Intrapsykiskt behov – <i>att uppnå sjukroll</i>	Att lindra ångest, avleda smärta, få en "kick" etc.	Externt behov – att uppnå fördelar





HANDLÄGGNING PÅ SOMATISK VÅRDAVDELNING

*Bemötande
Planera insatserna
Få till rätt instans*

BEMÖTANDET

*"Vårt motto var länge ta ingen skit
Men du kom på ett bättre
Var lite lite snällare än du måste vara"*

BEMÖTANDET

Visa att du tror på patienten

- De söker hjälp för något – försök förstå vad!
- "Face saving strategy" – hjälp patienten ur situationen utan att göra bort sig/skämmas – t ex genom att ge en förklaringsmodell



HANDLÄGGNING PÅ SOMATISK AVDELNING

1. Vad är **syftet** med vårdtiden (utreda, förankra diagnos, vårdplanera, hitta rätt instans)
2. Involvera **team** – och förklara för pat varför ("så gör vi alltid vid komplicerade ärenden"). Börja med sjukgymnast och arbetsterapeut.
3. Vid "krig" om hjälpmedel, läkemedel etc: diskutera i teamet – vad riskerar vi att förstärka, finns det något praktiskt alternativ?
4. "Tydlig struktur **men mjuk i kanten**" – t.ex. möjlighet till flexibilitet vid utskrivning.
5. Vid behov **Planera inläggning** igen (!!!)
6. Se till att patienten kommer till rätt instans – **ÖVERLÄMNA TYDLIGT**

FNS DIAGNOSKRITERIER (DSM-5)

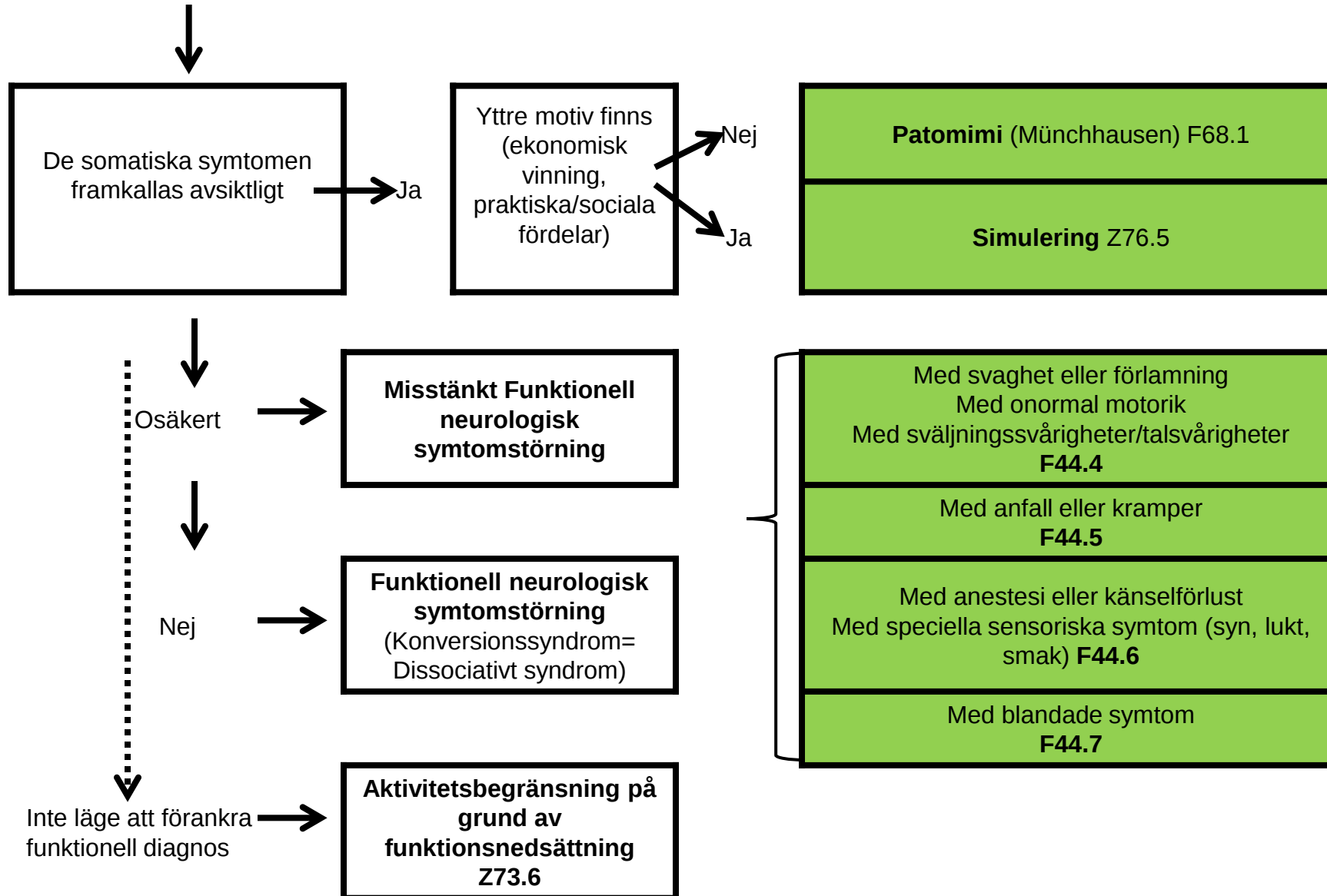
KONVERSIONS- SYNDROM (FUNKTIONELL NEUROLOGISK SYMPTOMSTÖRNING)	KRITERIE
A	Ett eller flera symptom på förändringar i viljestyrda motoriska eller sensoriska funktioner
B	Undersökningsfynd ger belegg för att symtomen är oförenliga med erkända neurologiska eller medicinska tillstånd
C	Symtomen eller funktionsbortfallen förklaras inte bättre med någon annan form av psykisk ohälsa eller något annat medicinskt tillstånd
D	Symtomen eller funktionsbortfallen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden, eller motiverar klinisk utredning
ICD 10: F 44.4-9 Dissociativa syndrom	

FNS DIAGNOSKRITERIER (DSM-5)

KONVERSIONS- SYNDROM (FUNKTIONELL NEUROLOGISK SYMPTOMSTÖRNING)	KRITERIE
	A Ett eller flera symptom på förändringar i viljestyrda motoriska eller sensoriska funktioner
	B Undersökningsfynd ger belegg för att symtomen är oförenliga med erkända neurologiska eller medicinska tillstånd
	C Symtomen eller funktionsbortfallen förklaras inte bättre med någon annan form av psykisk ohälsa eller något annat medicinskt tillstånd
	D Symtomen eller funktionsbortfallen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden, eller motiverar klinisk utredning
ICD 10: F 44.4-9 Dissociativa syndrom	

DIFFERENTIALDIAGNOSTIK FUNKTIONELLA NEUROLOGISKA SYMTOM

Ett eller flera symtom på **störning i viljestyrda motoriska eller sensoriska funktioner**
Undersökningsfynd ger belägg för att symtomen är **oförenliga** med erkända neurologiska eller medicinska tillstånd
OBS! Tillstånden kan föreligga parallellt med erkänt neurologiskt tillstånd och stå för en del av funktionsnedsättningen (= "funktionell pålagring")

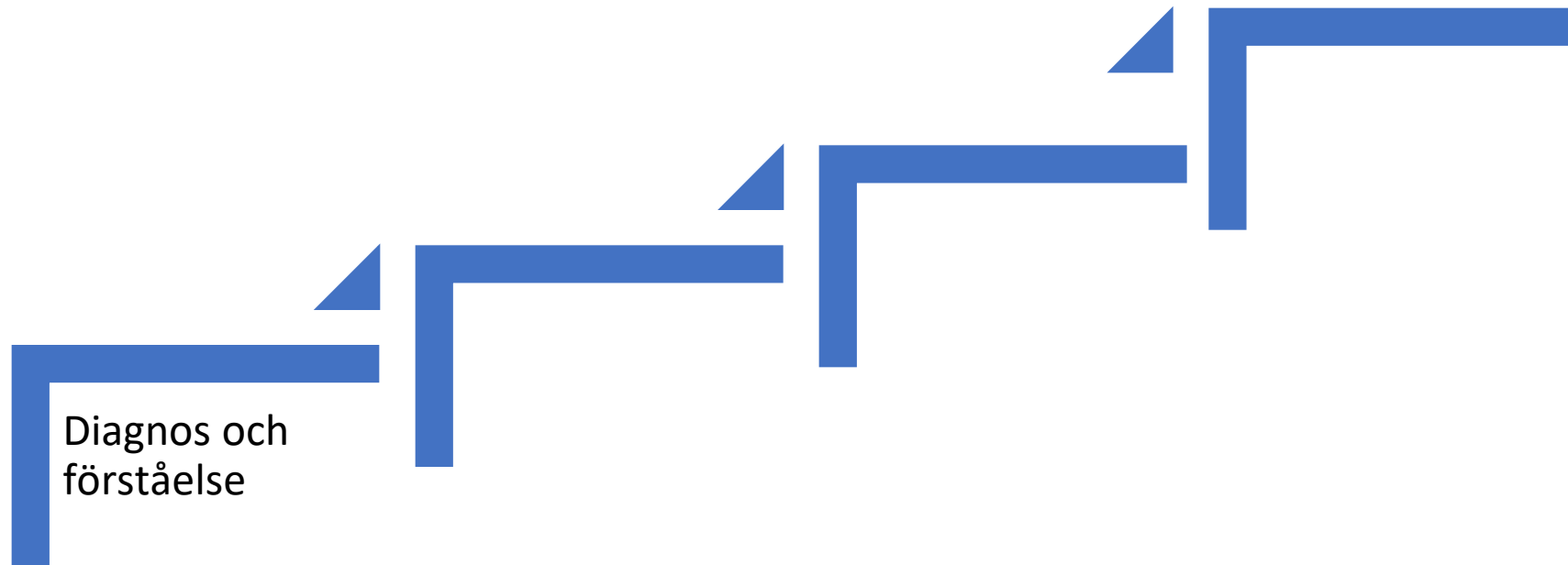


BEHANDLINGS- PRINCIPER

*Diagnostik och förklaringsmodell
alltid nödvändig*



Behandlingstrappa



VARFÖR HAR JAG FÅTT FUNKTIONELLA SYMTOM?

- ”Jag vet inte precis varför du har fått funktionella symtom, eftersom alla fall är olika. Men jag märker att patienter som engagerar sig i sin behandling ofta kommer på svaret själva”.

www.neurosymptoms.org = www.funktionellasympptom.se



Patientinformation

www.vynnykpsychiatrii.ua/subskripcije/konsultatsijnyj-kartn13



Vad är "sjukdom"?



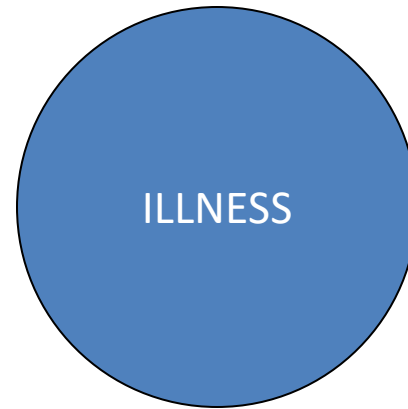
pneumokockpneumoni
anemi
hypothyreos
benbrott
hjärtinfarkt

- Biomedicinskt paradigm - "apparatmodell"
- Hög generaliserbarhet
- Förutsägbarhet
- Cause-effect
- "Kontextoberoende"

(A. Lundin)

Vad är "sjukdom"?

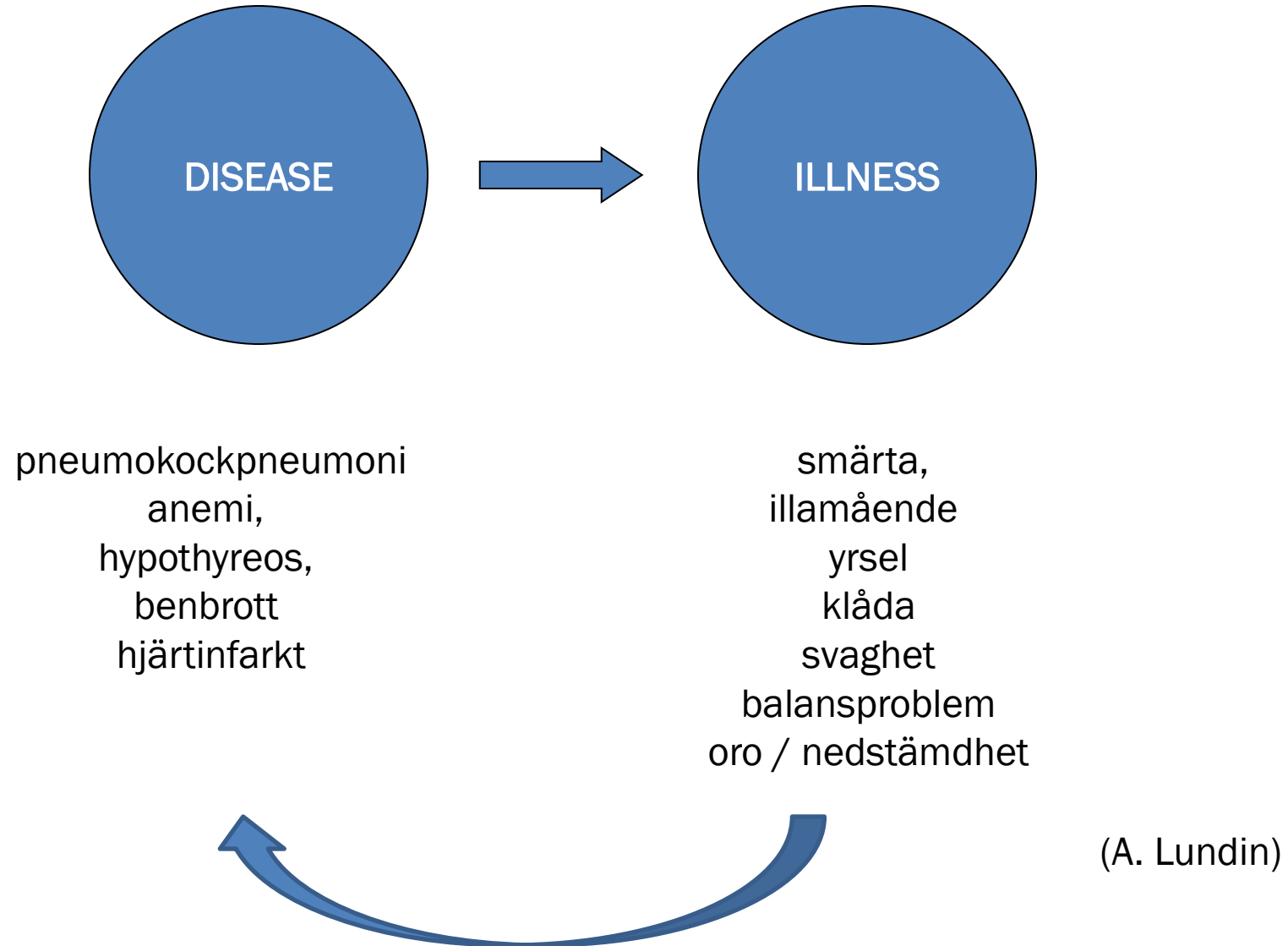
- Subjektiva besvär och hur de uttrycks
- Låg generaliserbarhet
- Låg förutsägbarhet
- Orsakas ibland av "disease"
- Påverkas av psykosociala faktorer, av kunskap, tro och värderingar
- Kontextberoende



smärta
illamående
 yrsel
 klåda
svaghet
balansproblem
oro / nedstämdhet

(A. Lundin)

Biomedicinsk sjukdomsmodell





Enligt mina tester så
borde du inte ha så
mycket smärta. Det
måste **“sitta i huvudet”**

*Förlamning
Svaghet
Yrsel
Hjärtklappning
etc*



➤ [Science](#). 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460.

The need for a new medical model: a challenge for biomedicine

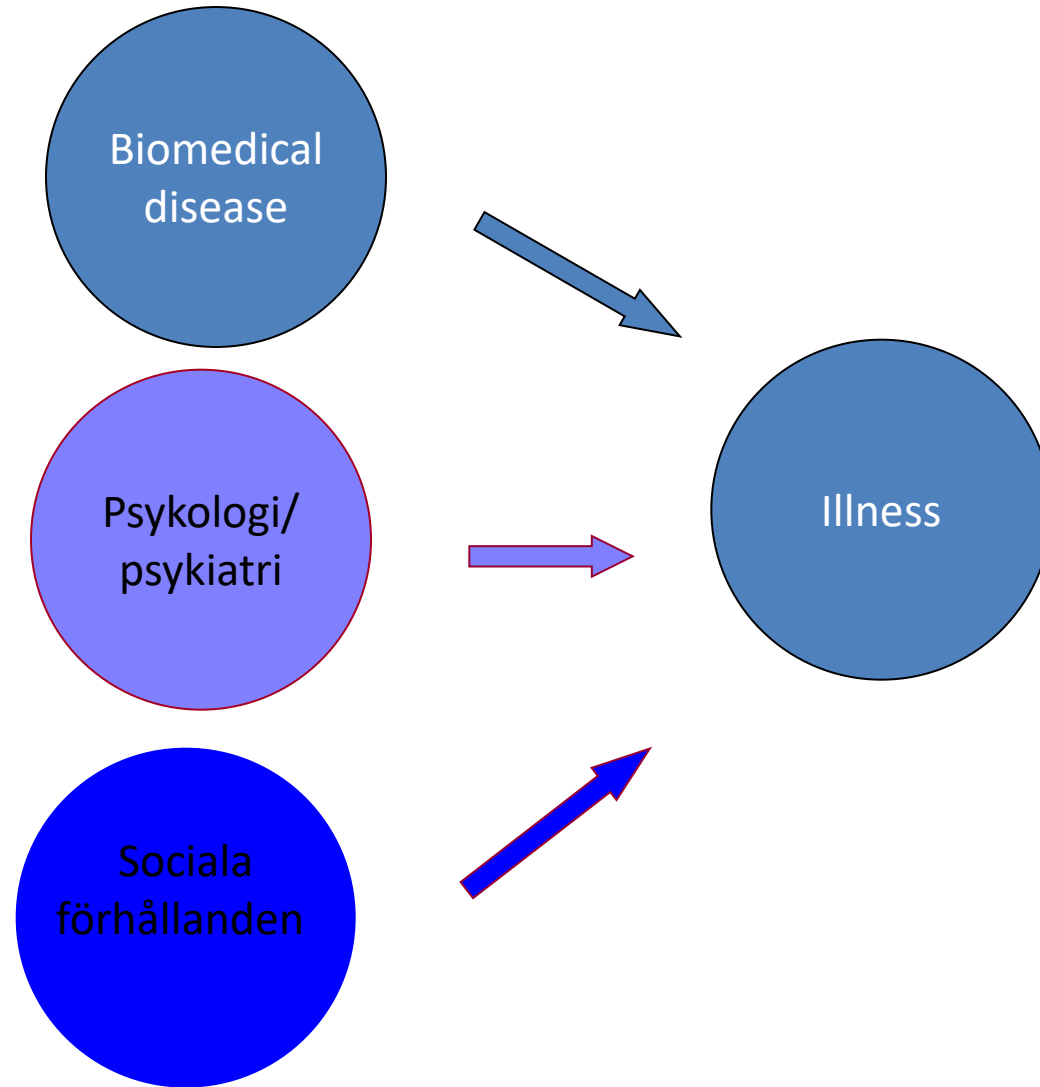
G L Engel

PMID: 847460 DOI: [10.1126/science.847460](#)

Abstract

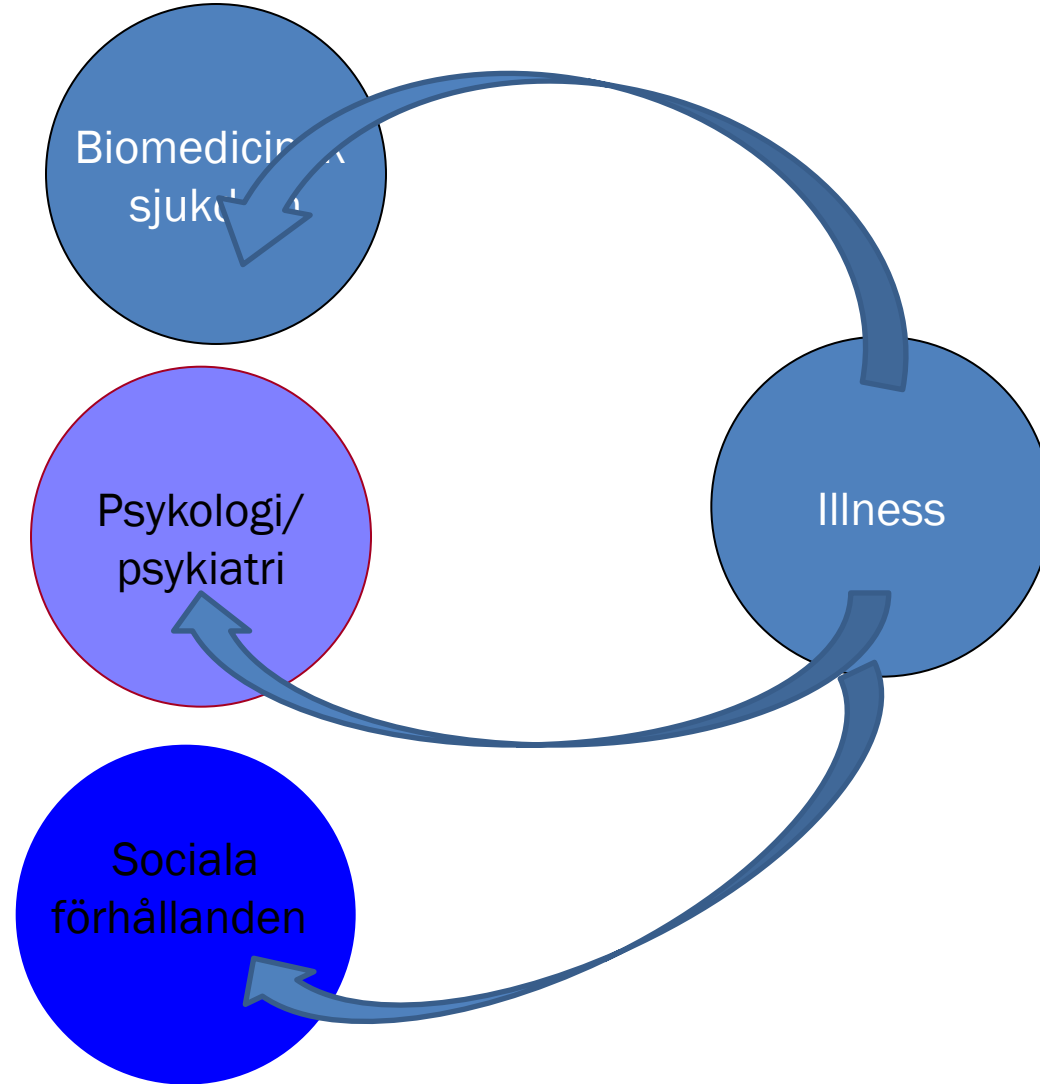
The dominant model of disease today is biomedical, and it leaves no room within tis framework for the social, psychological, and behavioral dimensions of illness. A biopsychosocial model is proposed that provides a blueprint for research, a framework for teaching, and a design for action in the real world of health care.

Bio-psyko-social sjukdomsmodell



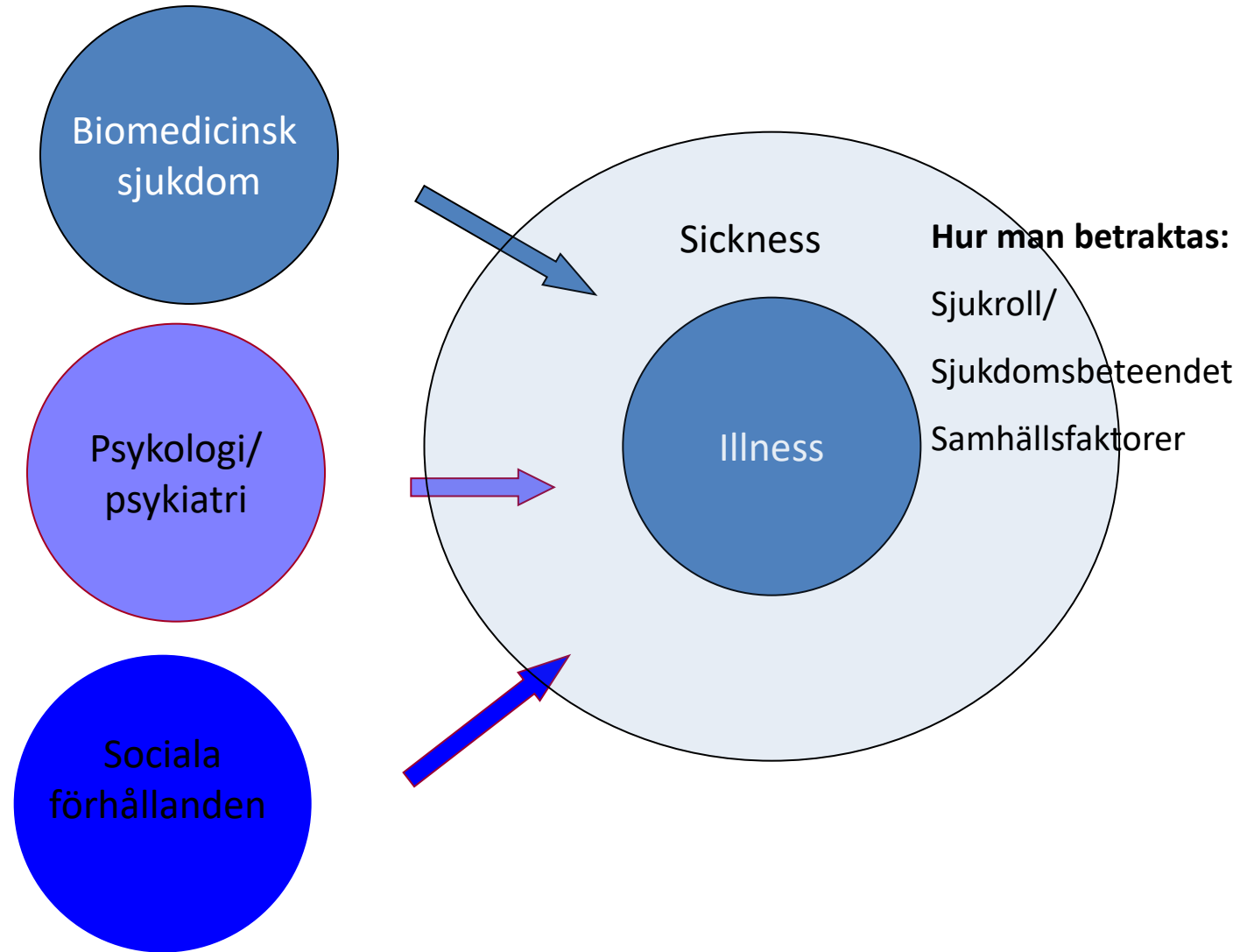
(A. Lundin)

Bio-psyko-social sjukdomsmodell: tänkbara verksamma åtgärder

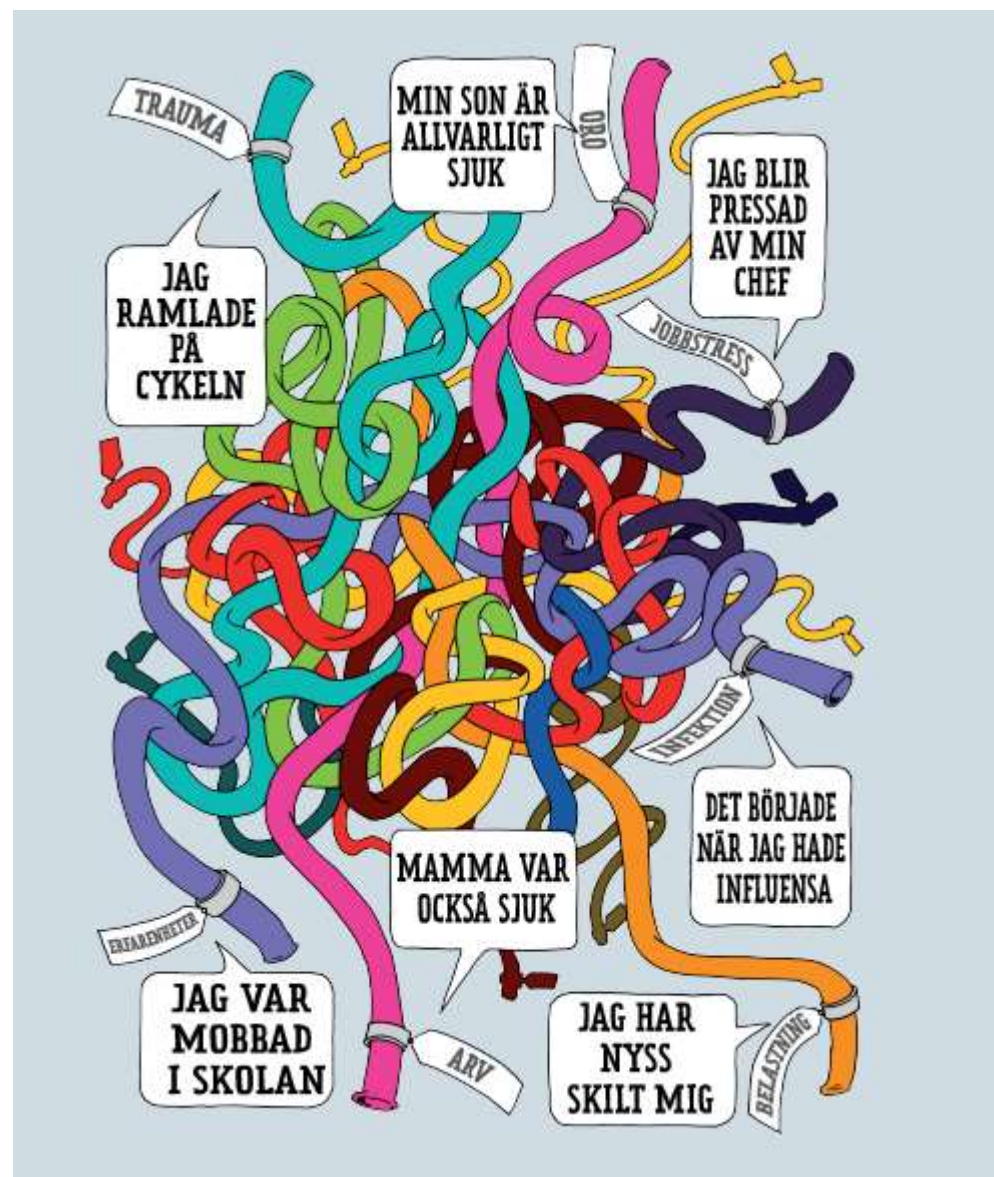


(A. Lundin)

Bio-psyko-social sjukdomsmodell



(A. Lundin)



	Predisponerande	Utlösande	Upprätthållande
Biologiska	• Genetiska faktorer • Sjukdom • Sårbarhet i nervsystemet	• Trauma • Sjukdom • Sömnbrist • Normala stressymtom	• Sjukdom • Smärta • Habituering/ plasticitet • Neuroendokrint
Psykologiska	• Trauman • Anknytning • Copingstrategier • Personlighet	• Krisreaktion • Panikattack • Dissociation	• Sjukdoms- uppfattning • Att inte bli trodd • Primärvinst • Undvikanden
Sociala	• Ekonomi • Ensamhet • Övergrepp • Missbruk • "Kultur"	• Händelser i familjen • Arbetslöshet • Konflikter med FK, AF etc.	• "Sickness": FK, AF, kultur, familj, fördelar med att vara sjuk, Internet
Iatrogena	• Otydlighet	• Läkarbyte • Misstag i vården	• Journalmängd • Tidsbrist • Nya utredningar

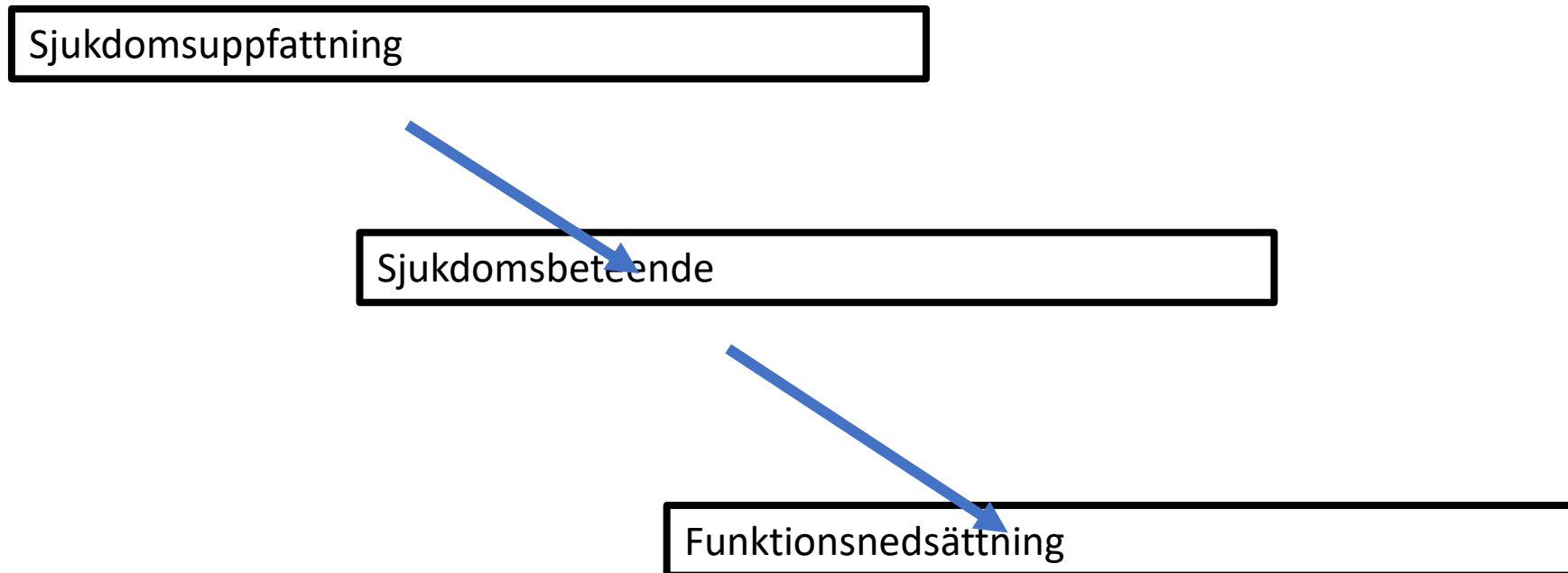
	Predisponerande	Utlösande	Upprätthållande
Biologiska	• Genetiska faktorer • Sjukdom • Sårbarhet i nervsystemet	• Trauma • Sjukdom • Sömnbrist • Normala stressymtom	• Sjukdom • Smärta • Habituering/ plasticitet • Neuroendokrint
Psykologiska	• Trauman • Anknytning • Copingstrategier • Personlighet	• Krisres • ...	• ... • ... • ... • ...
Sociala	• Ekonomi • Ensamhet • Övergrepp • Missbruk • "Kultur"	• ... • ... • ...	• "Sickness": FK, AF, kultur, familj, fördelar med att vara sjuk, Internet
Iatrogena	• Otydlighet	• Läkarbyte • Misstag i vården	• Journalmängd • Tidsbrist • Nya utredningar

	Predisponerande	Utlösande	Upprätthållande
Biologiska	• Genetiska faktorer • Sjukdom • Sårbarhet i nervsystemet	• Trauma • Sjukdom • Sömnbrist • Normala stressymtom	• Sjukdom • Smärta • Habituering/ plasticitet • Neuroendokrint
Psykologiska	• Trauma • Anknäring • Copingstrategi • Personlighet	• Krisreaktion • Attack	• Sjukdoms- uppfattning • Att inte bli trodd • Primärvinst • Indvikanden
Sociala	• Ekonomi • Ensamhet • Övergrepp • Missbruk • "Kultur"	• Händelser i livet • Arbetslöshet • Konflikter med FK, AF etc.	• "Sickness": FK, AF, kultur, familj, fördelar med att vara sjuk, Internet
Iatrogena	• Otydlighet	• Läkarbyte • Misstag i vården	• Journalmängd • Tidsbrist • Nya utredningar

Vi börjar närma oss en förklaringsmodell

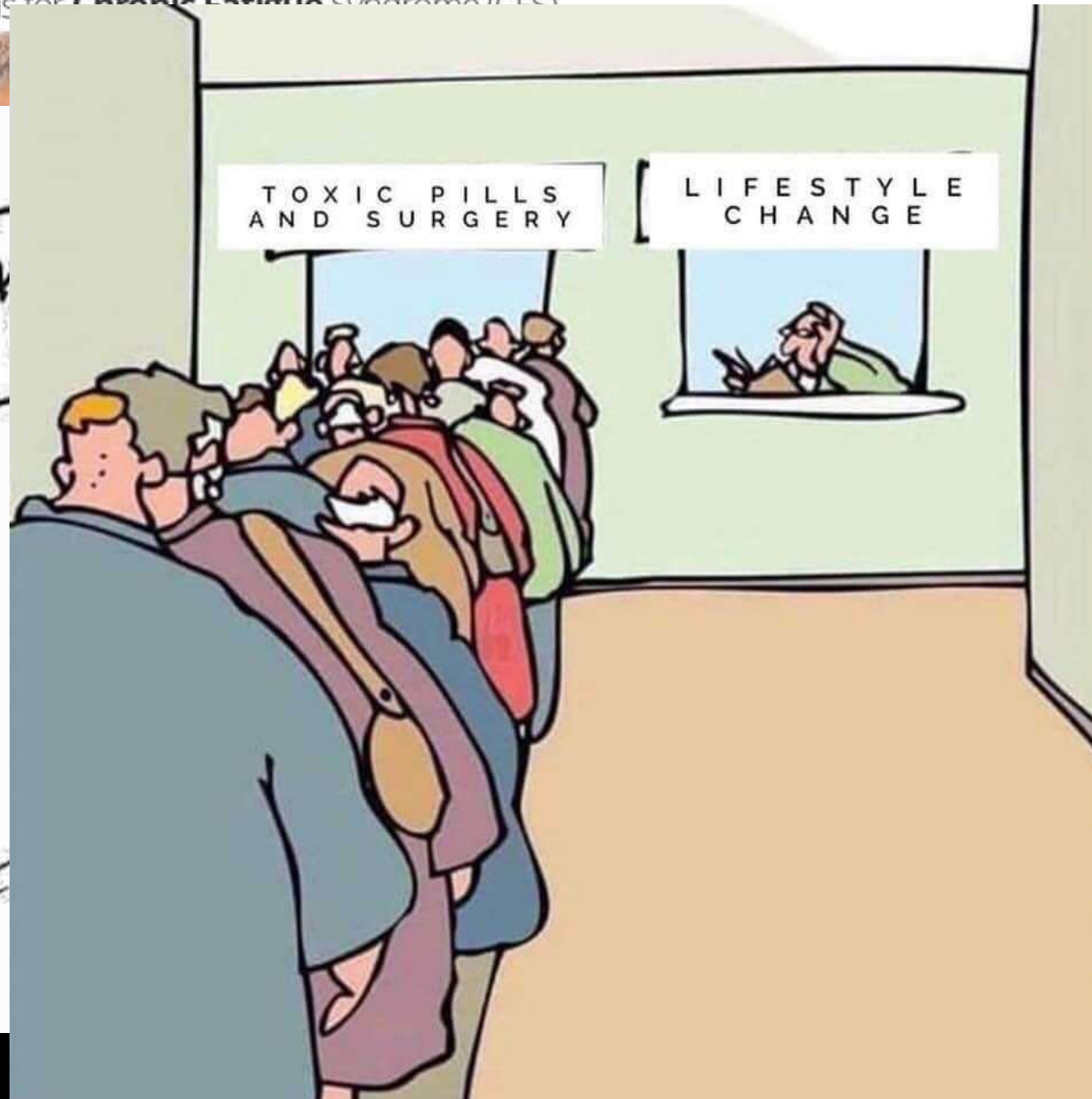
Varför så viktigt med förklaringsmodell?

- Vårt behov av sammanhang, begriplighet.
- Status, omgivningens acceptans



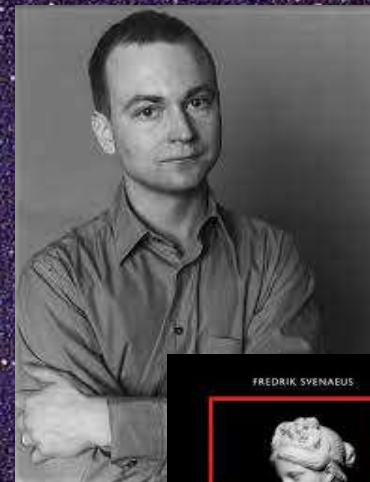
Vad är en bra förklaringsmodell?

- En som patienten kan tro på (och som är socialt acceptabel i den kultur/subkultur patienten identifierar sig till)
- Medicinskt trovärdig

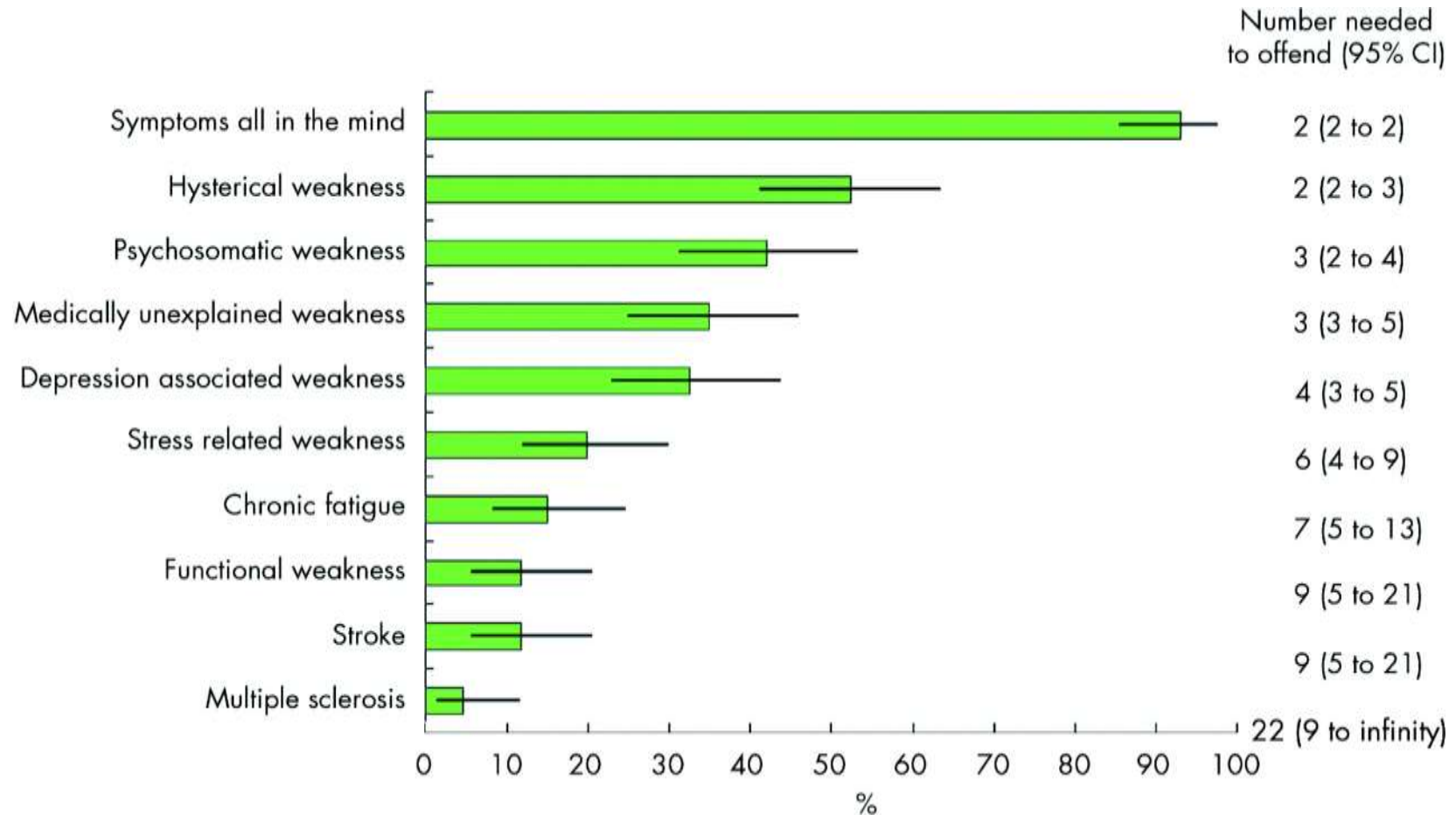


Mark Starr, M.D.

*"Kometer har kärnor som i min liknelse
motsvaras av sjukdomar. ... Kometernas
svansar motsvaras ... av allt det lidande
som fångas upp av kärnornas
dragningskraft i jakt på den identitet och
legitimitet som en lysande komet
erbjuder."*



Många ord som vi använder för att beskriva symtom som inte kan förklaras av sjukdom kan vara förolämpande för patienter.



J Stone et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76:i13-i21



För att kunna ge en bra förklaringsmodell måste vi:

1. Undersöka patienten
2. Ta reda på patientens egen förklaringsmodell
3. Ta reda på patientens egen förklaringsmodell
4. Ta reda på patientens egen förklaringsmodell
5. Ta reda på patientens egen förklaringsmodell
6. Komma med trovärdiga alternativ
7. Föreslå åtgärd

För att kunna ge en bra förklaringsmodell måste vi:

1. Undersöka patientens problem
2. Ta reda på patientens förklaringsmodell
3. Ta reda på patientens förklaringsmodell
4. Ta reda på patientens egen förklaringsmodell
5. Ta reda på patientens egen förklaringsmodell
6. Komma med trovärdiga alternativ
7. Föreslå åtgärd

FACE SAVING

ATT FÖRKLARA: TIPS



För tidigt fokus på psykologiska förklaringar brukar kunna försvåra arbetet.



Prata "somatiska" med patienten



Enkla MEN MEDICINSKT TROVÄRDIGA förklaringar



Metaforer:

- Funktionsstörning = "mjukvara"
- Kroppens försvarssystem som hakat upp sig



Patientinformationsmaterial

Patientinformation

www.svenskpsykiatri.se/subsektioner/konsultationspsykiatri-2/



Symptom

✓ Vindlagen appliceras ofta i kombination med varandra, var för sig eller i olika kombinationer i byggverken. Vid konstruktion av bärande väggar och taksystem används ofta kombinationer av bärande och isolerande material för att uppnå de krävt värmeisoleringsvärdena. Detta innebär att man ofta använder sig av flera olika typer av isoleringsmaterial i olika lager. Detta innebär att man ofta använder sig av flera olika typer av isoleringsmaterial i olika lager.

Förtydligad sammanfattning av kunskapsinnehållet	
Ämnesområdet	Teoretisk kunskap om språkets funktioner i kommunikation och språkvetenskapligt förhållande.
Ämnesområdets innehåll	Historiska och språkliga begrepp, grammatik, fonetik, fonologi, morfologi, syntaktik, sémantik, pragmatik, sociolingvistik, språkförändring, språkkontakt, språk och kulturen, språk och litteratur.
Ämnesområdets kunskapsområden	Ämnet är uppdelat i fyra delar. Många av delarna är tvärvetenskapliga. Färdigheter i språkvetenskapliga metoder och i att använda språkvetenskapliga begrepp för att förstå språkets funktioner i kommunikation och i kulturen.



Att leva med ett funktionellt tillstånd

Inte alla med ett funktionellt tillstånd kan bli friska, men nästan alla kan bli bättre. De människor som inte kan bli friska kan lära sig att leva med det funktionella tillståndet, på samma sätt som man kan lära sig att leva med t.ex. astma.

Det är viktigt för människor med ett funktionellt tillstånd att undvika överbelastning och stora mängder stress. Det är samtidigt viktigt att man litar sig utmanas och inte blir rädd att nämna sig sina egna gränser. En del människor med ett funktionellt tillstånd kan ha en tendens att svara mycket i sin aktivitet, vilket ofta leder till en förändring av symtomen.

Delens utmaning: att fatta beslut om medians aktivitet och visa

"Jag har alltid varit en vän som aldrig gör något halvt. När jag började att springa tränade jag mig snabbt upp till att springa maraton. På mitt arbete lämnade jag aldrig något ofärdigt. Och när jag skulle få något i mitt hus stödade jag fört när det var perfekt."

Peter blev långsamt bättre när han fick behandling. Men han upplevde också bakslag.

"Det svåraste var nog mitt eget dåliga tillmöt. Jag kunde helt enkelt inte acceptera att det skulle gå så långsamt. När jag första gången märkte att jag blev bättre blev jag så glad att jag tog på mig löparskorna och sprang 5 km. Det ledde till att jag tog i skogen hela natta dag."

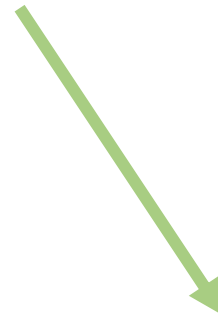


NONFUNGITIVIZATION-DEPENDENT ACTIVITY

Resumes by job title showing (a) vs. (b) performance

Ordering all sets will

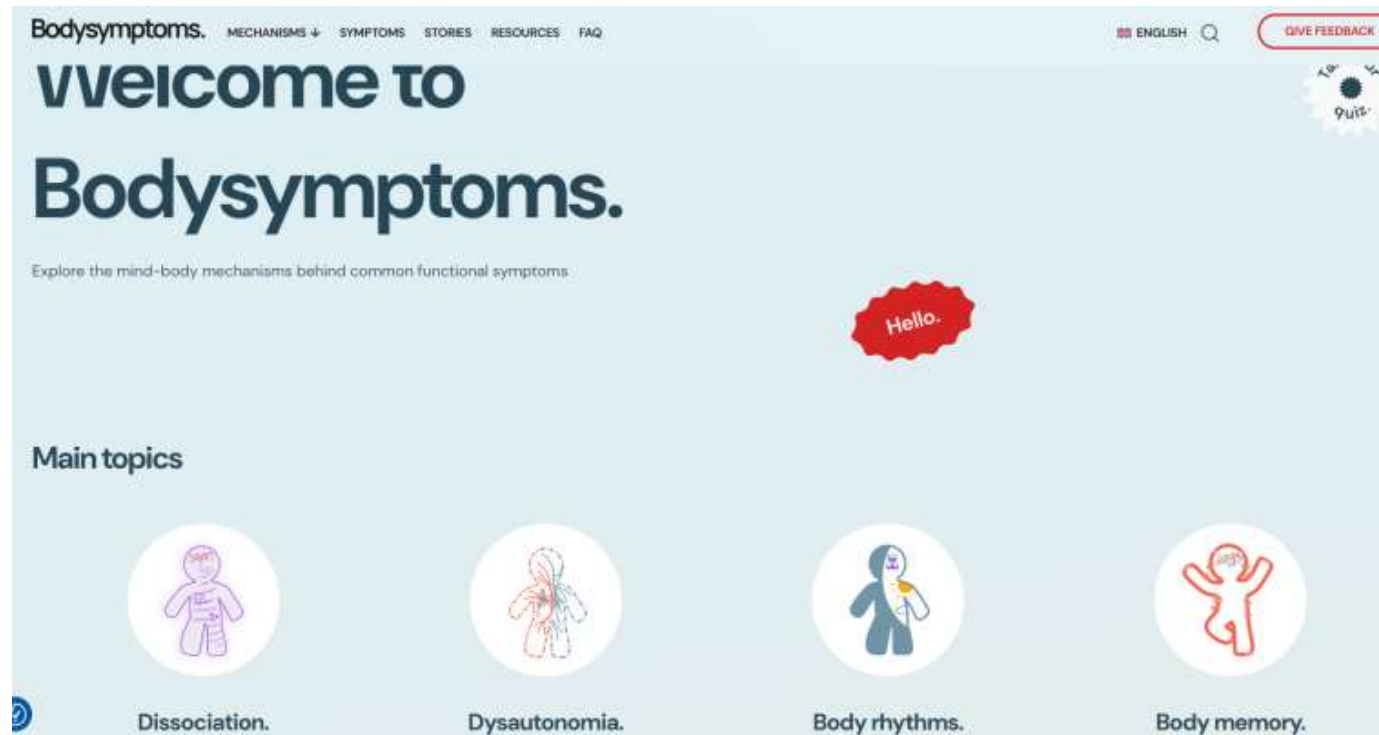
2010: www.neurosymptoms.org -> www.funktionellasympptom.se



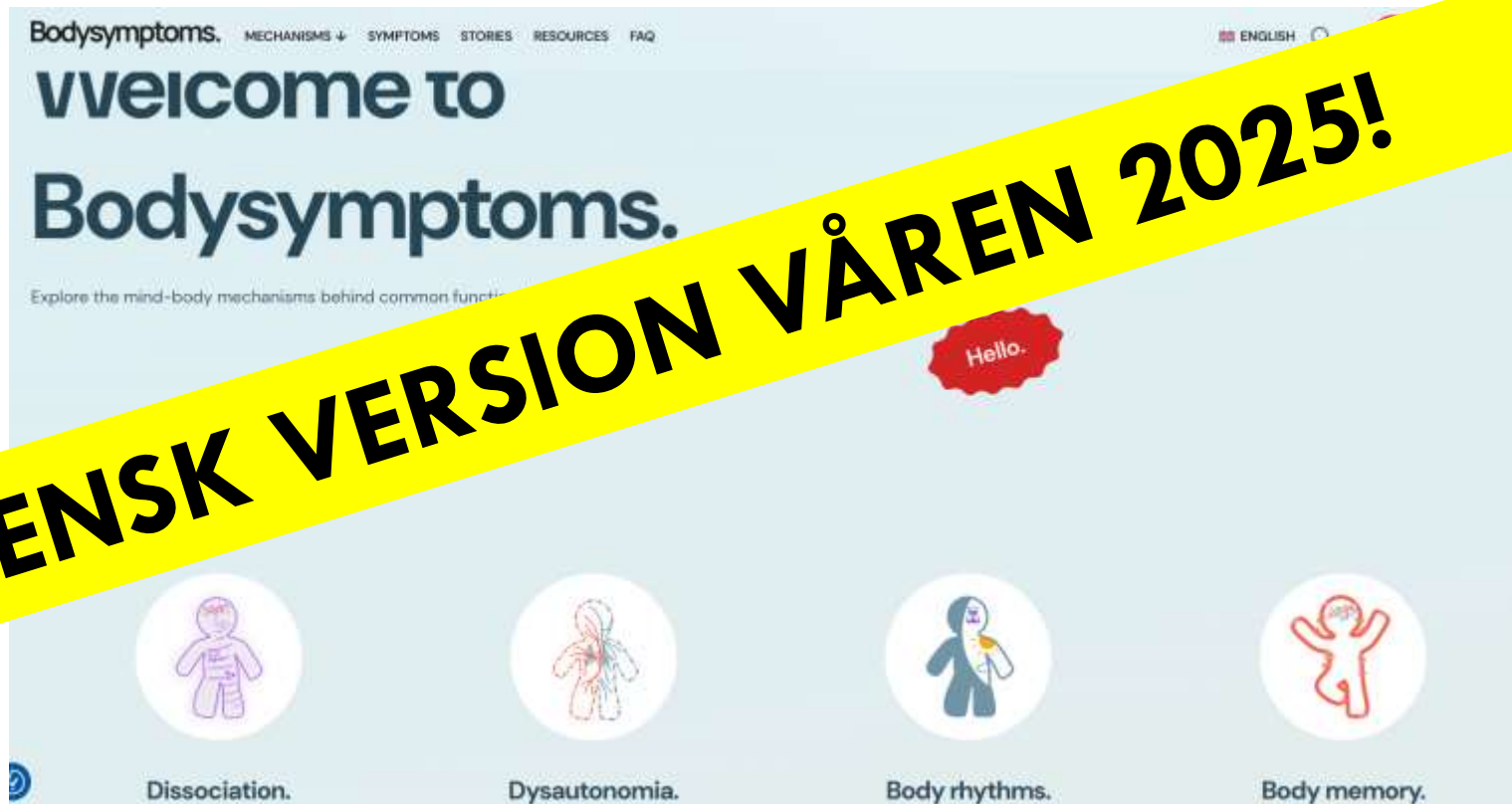
2022



2024: www.bodysymptoms.org



SVENSK VERSION VÅREN 2025!



HEAD INJURY SYMPTOMS

a guide to recovering from mild head injury,
concussion, and mild traumatic brain injury

Head injury symptoms

Symptoms

Diagnosis

Road to recovery

Outcome

Stories

Links and other resources

About us

Disclaimer

Head injury symptoms

Welcome

This website has been designed to provide information on mild head injury, concussion and mild traumatic brain injury (MTBI).

It also contains many practical tips and tools to help with recovery.



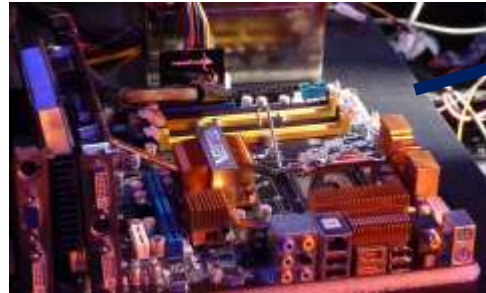
www.headinjurysymptoms.org



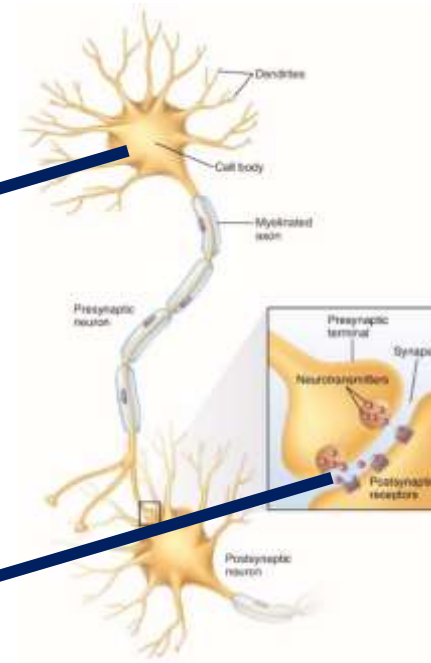
Gemensam nämnare förklaringsmodeller

Mjukvara vs hårdvara

Mjukvara/Hårdvara



Plasticitet



NERVSYSTEMETS UPPGIFT

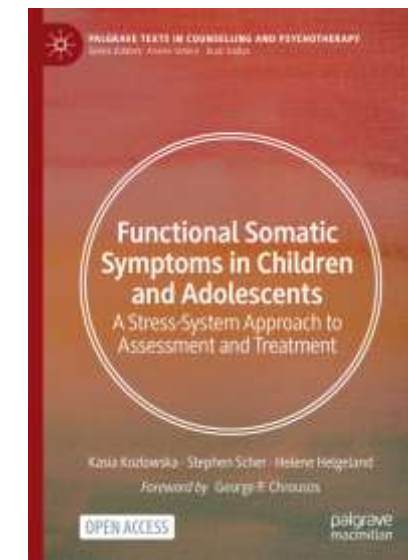
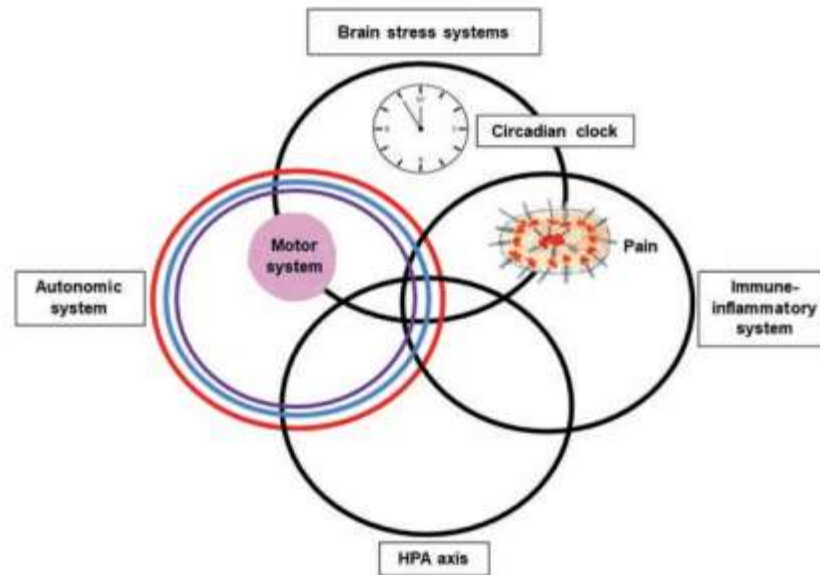
- Autonoma funktioner
- Motoriska funktioner
- Sensoriska funktioner
- Psykiska funktioner

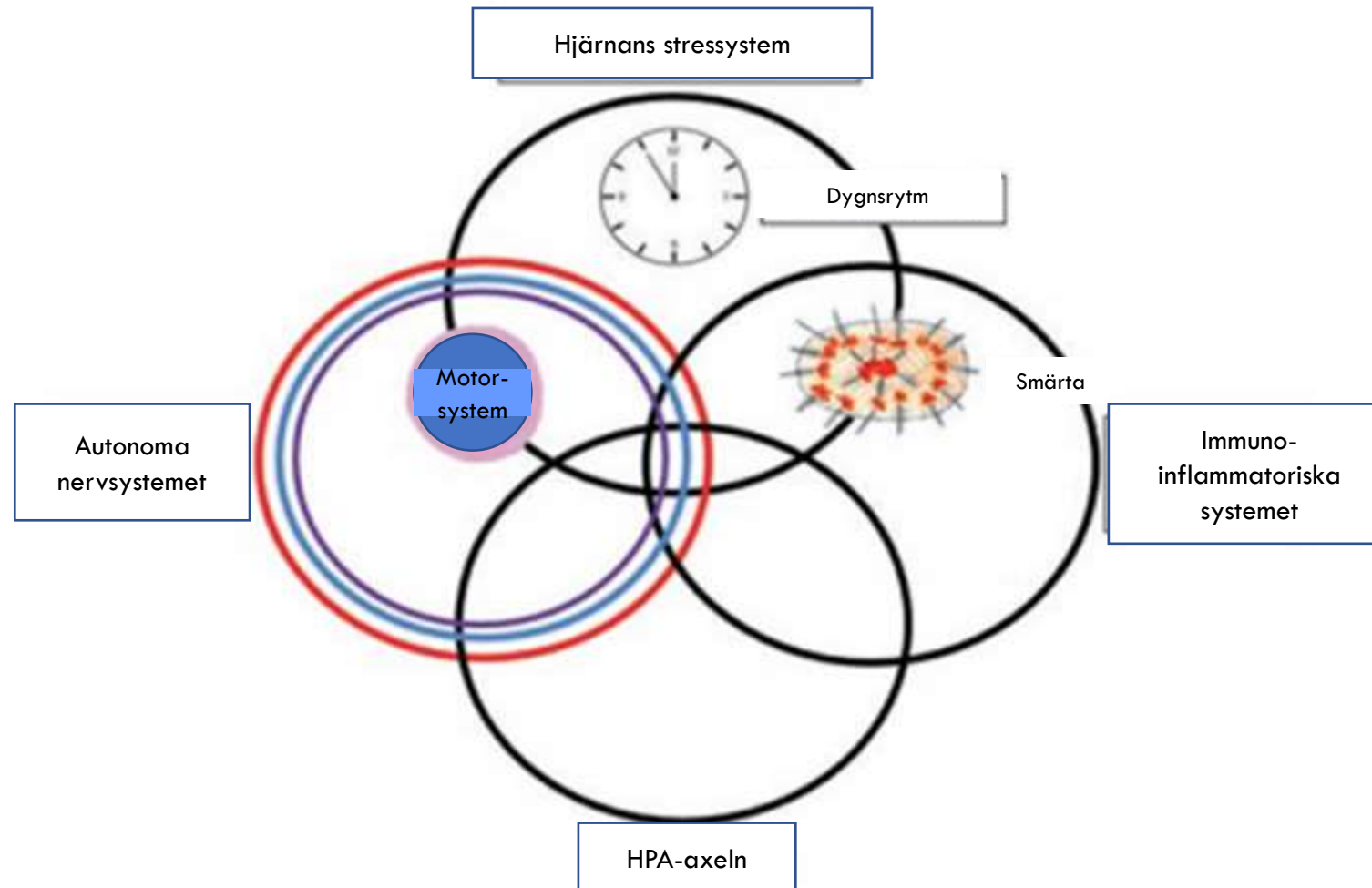
Hårdvaran och mjukvaran delas mellan
alla dessa funktioner/program

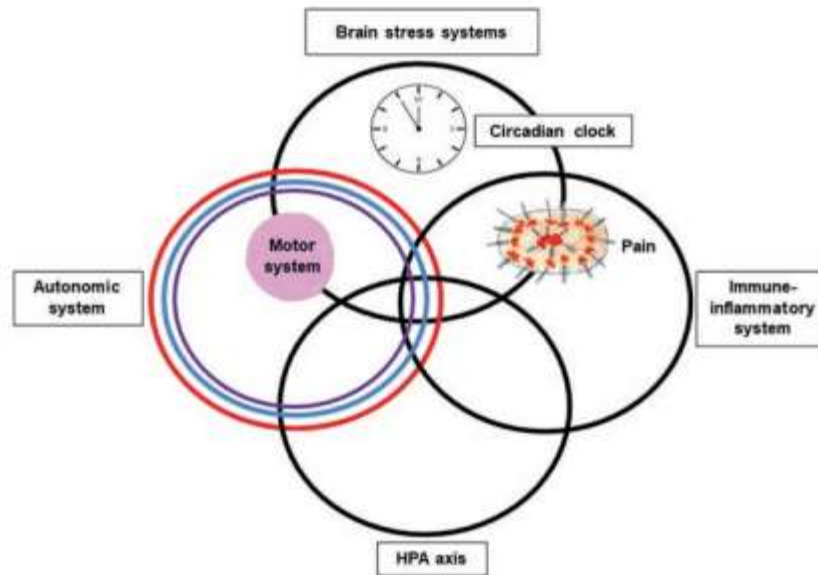
Gemensam nämnare förklaringsmodeller

”DYSREGLERAT FÖRSVARSSYSTEM”

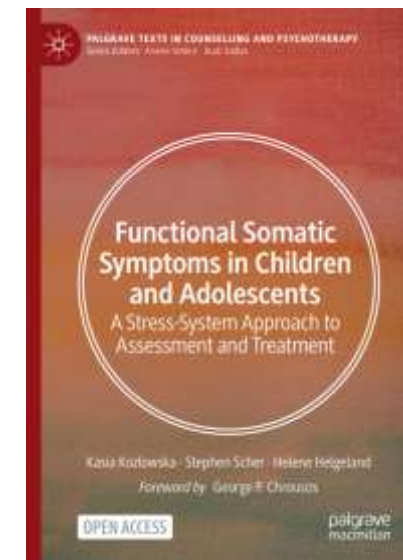


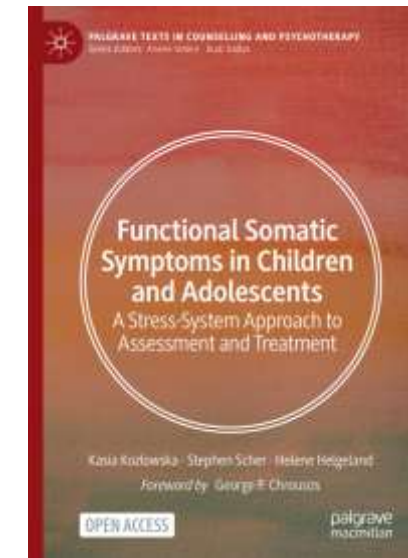
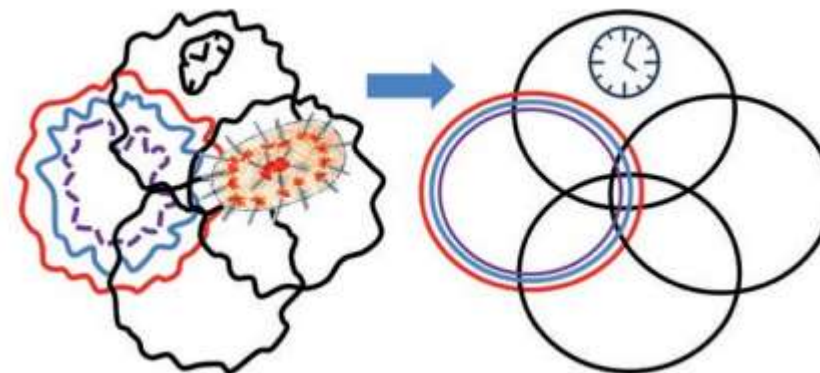
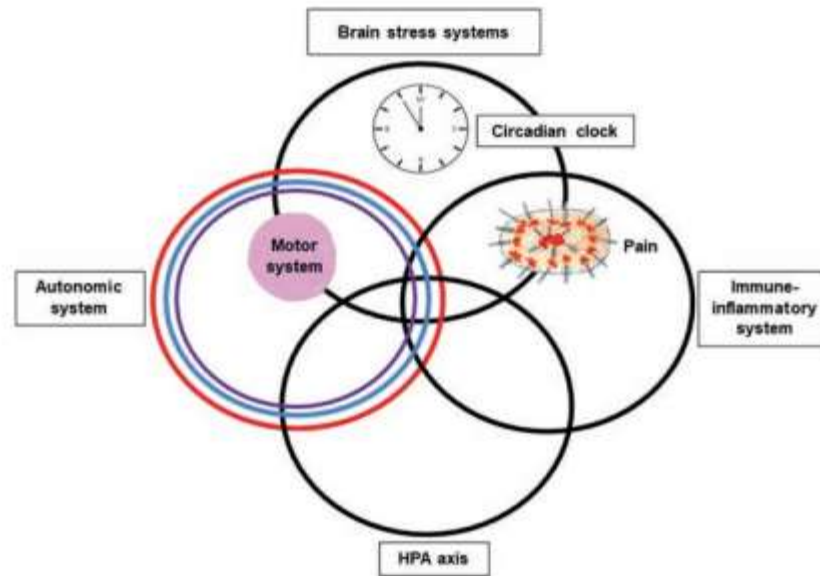






"När en eller flera av stresssystemets komponenter aktiveras för mycket, för lite, för länge eller på onormalt sätt – eller om det inte lyckas återgå till normalläge – kan funktionella symtom uppstå". (p70)

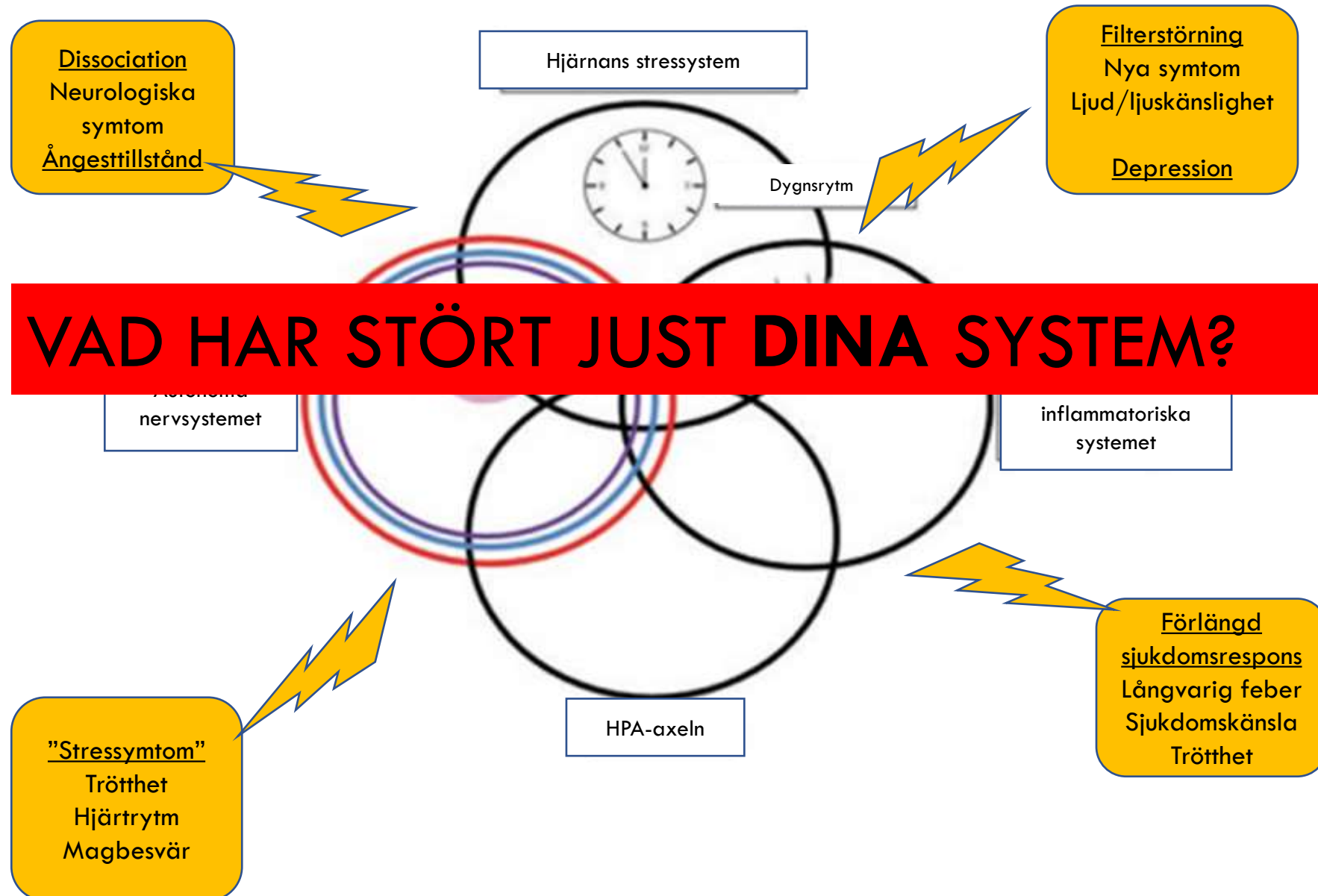




Stress-system-modellen för funktionella somatiska symtom:
Slottsfästningsmetaforen







VAD HAR STÖRT JUST **DINA** SYSTEM?

	Det som fanns före (Ökade risken)	Det som utlöste (Triggers)	Upprätthållande (Vad gör att systemen inte går tillbaka till det normala igen?)
Biologiska			
Psykologiska			
Sociala			
Iatrogena			

Dissociation

Exempel

Funktionella anfall
Funktionell förlamning
Funktionell blindhet



Pierre Janet (1859-1947)

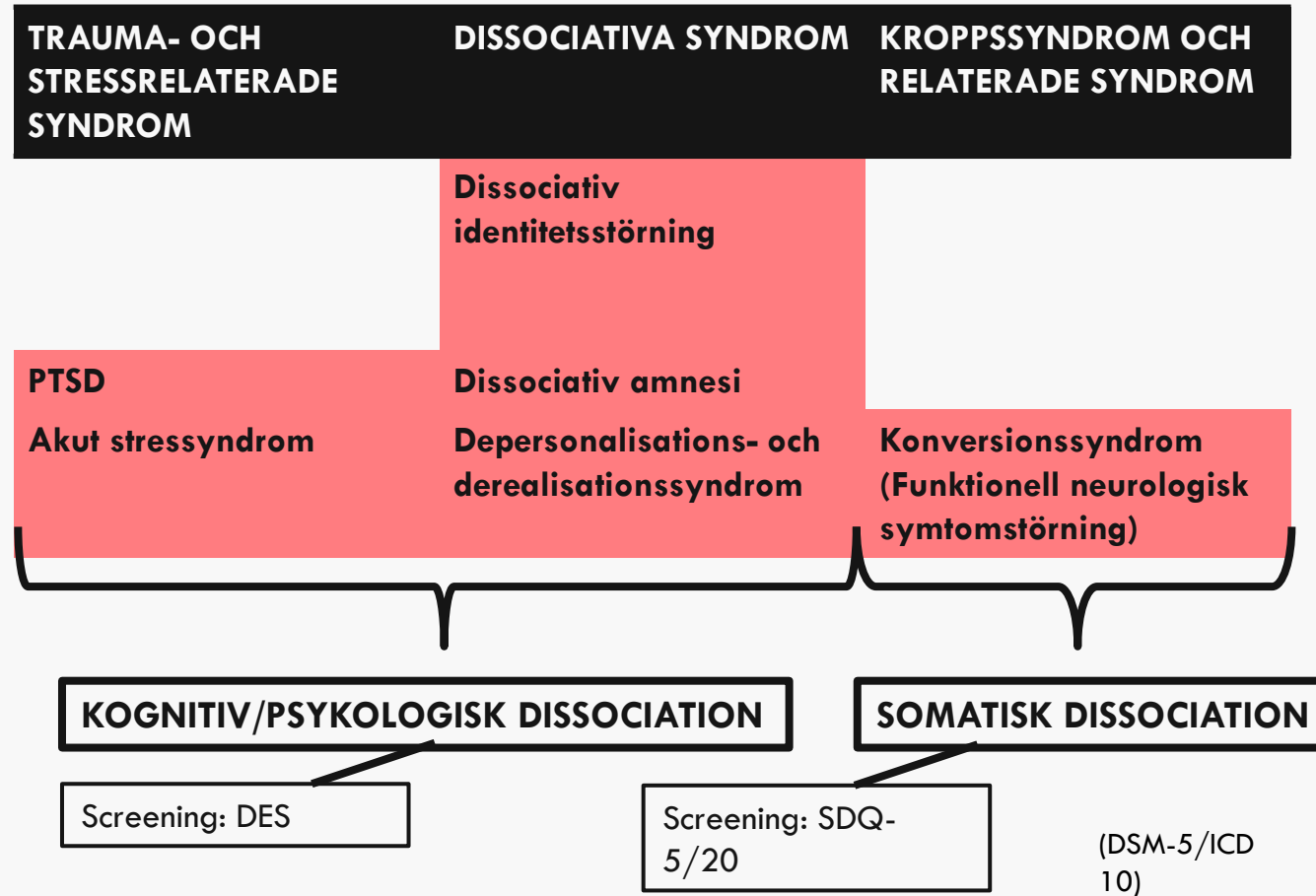


Hospital Pitié-Salpêtrière



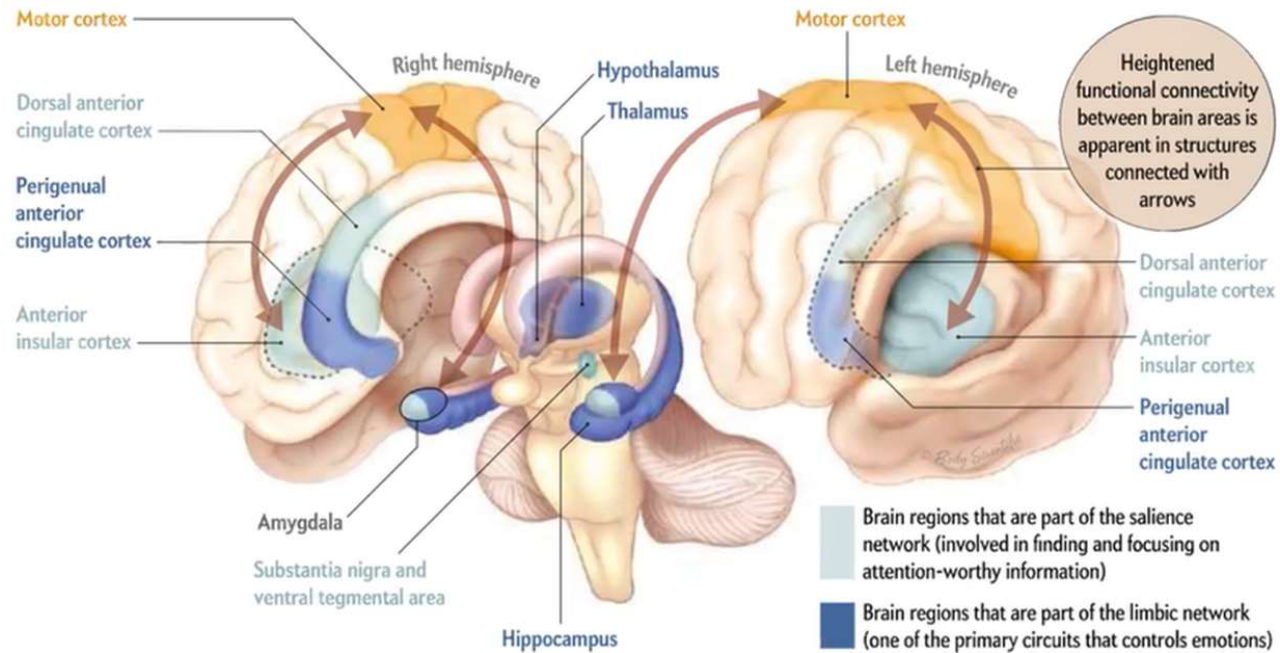
"A Clinical Lesson at the Salpêtrière"
Pierre Aristide André Brouillet.
Jean-Martin Charcot /Marie "Blanche" Wittmann

VAD PRATAR VI OM 2024?



The Brain-Body Connection

Patients with physical symptoms (such as paralysis) but no apparent injuries may have functional neurological disorder (FND). Neuroimaging has revealed subtle abnormalities in several brain regions and networks. Studies find, for example, that functional connectivity—meaning correlations in activity—is heightened between areas involved in controlling movement and regions that affect attention and emotion, as shown in the cutaway. These linkages suggest a possible mechanism for the ailment. Activity in circuits associated with a sense of agency, such as the temporoparietal junction and its connections, may also be altered.



DEFINITION: DISSOCIATION

- Ett avbrott eller diskontinuitet i de normalt integrerade funktionerna av:
 - Medvetande
 - Minne
 - Identitet
 - Känslor
 - **Perception av omgivningen**
 - **Kontroll över normalt viljemässigt styrda funktioner och beteenden**



(DSM IV/DSM-5/ICD 10, MacPhee 2013)

Dissociativt spektrum

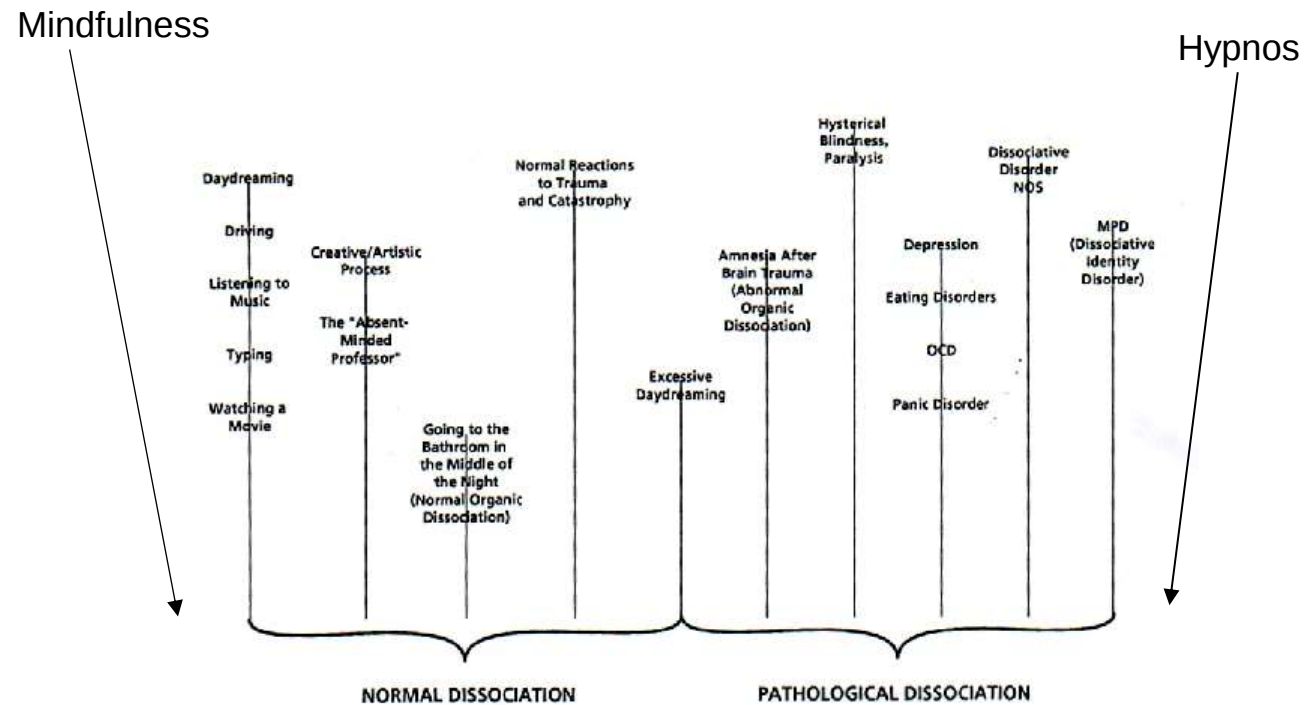
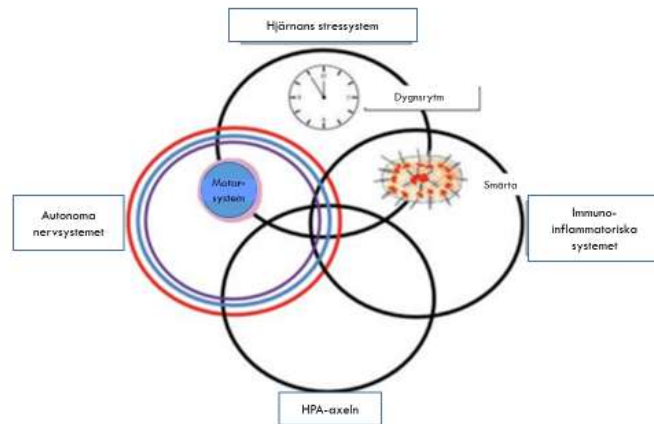


Figure 2. The Continuum of Dissociation

Phillips & Frederick,
1995

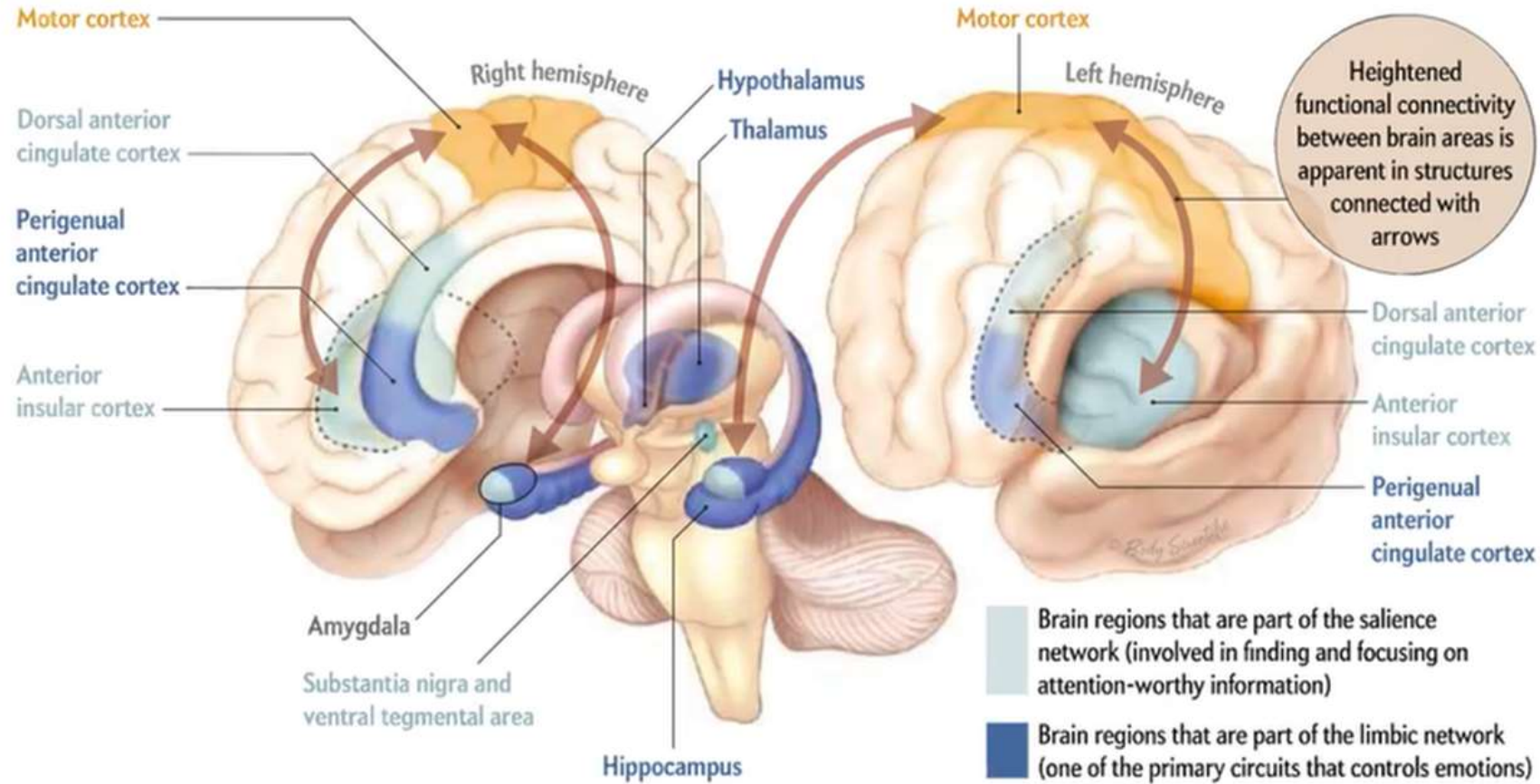
DISSOCIATION

- Stressreaktion kopplad till *freezereaktion*.
- Påverkan på kortikal modulering av affekter och arousal samt påverkad aktivering av limbiska delar (spec amygdala).



The Brain-Body Connection

Patients with physical symptoms (such as paralysis) but no apparent injuries may have functional neurological disorder (FND). Neuroimaging has revealed subtle abnormalities in several brain regions and networks. Studies find, for example, that functional connectivity—meaning correlations in activity—is heightened between areas involved in controlling movement and regions that affect attention and emotion, as shown in the cutaway. These linkages suggest a possible mechanism for the ailment. Activity in circuits associated with a sense of agency, such as the temporoparietal junction and its connections, may also be altered.



RISKFAKTORER DISSOCIATION

- Genetik
- Barndomstrauma sannolikt starkaste riskfaktorn
- Otrygg / kaotisk anknytningsstil
- Neurologiska skador
- Personlighet (coping-stil, openness)



FÖRKLARA DIAGNOS	EXEMPEL: SVAGHET
Förklara mekanismen snarare än orsaken	"Ditt nervsystem fungerar inte som det ska, men det är inte skadat. Det finns ett problem med hur hjärnan uppfattar och skickar signaler".
Förklara hur diagnosen ställs	"När vi undersökt dig ser vi inga tecken på skada, men avvikelser i hur systemet fungerar. T.ex. märker jag att du inte kan aktivera eller styra över din kropp som du vill. Det kallas för en Funktionell störning. Jag är inte säker på varför det är stört, men vi kan hjälpas åt att ta reda på det – för det kan vara viktigt för att kunna bli bättre."
Förklara vad de inte har	"Du har ingen hjärnskada", "Du har inte MS/Epilepsi etc."
Gör det tydligt att du tror dem	"Jag tror på dig. Jag tror inte att du inbillar dig, hittar på eller gör dig till".
Förklara att det är vanligt	"Jag träffar många patienter med de här symtomen"
Förstärk att det går att bli bättre	"Eftersom det inte är någon skada går det att bli bättre – jag ser det i min undersökning"
Förklara rollen av depression/ångest	"Om du har känt dig låg eller orolig, så kan det försämra tillståndet"

FÖRKLARA DIAGNOS

EXEMPEL: SVAGHET

Förklara mekanismen snarare än orsaken

"Ditt nervsystem fungerar inte som det ska, men det är inte skadat. Det finns ett problem med hur hjärnan uppfattar och skickar signaler".

Förklara hur diagnosen ställs

"När vi undersökt dig ser vi inga tecken på skada, men avvikelser i hur systemet fungerar. Jag vill säga att du inte kan aktivera eller kontrollera kropp som du vill. Det kallas för svaghet. Jag är inte säker på diagnosen, men vi kan hjälpas åt att testa olika saker som kan vara viktigt för att kunna

Förklara vad de inte har

"Du har ingen hjärnskada", "Du har inte MS/Epilepsi etc."

Gör det tydligt att

"Jag tror på dig. Jag tror inte att du inbillar dig, hittar på eller gör dig till".

Förklara att det är vanligt

"Jag träffar många patienter med de här symtomen"

Förstärk att det går att bli bättre

"Eftersom det inte är någon skada går det att bli bättre – jag ser det i min undersökning"

Förklara rollen av depression/ångest

"Om du har känt dig låg eller orolig, så kan det försämra tillståndet"

ÖVNING GER FÄRDIGHET

9 SAMTALSTEKNISKA KNEP

1: **Visa** att du
tror på patienten

- Validera patientens upplevelse och avbryt inte för tidigt.
- "Hur har det varit att vara patient?"

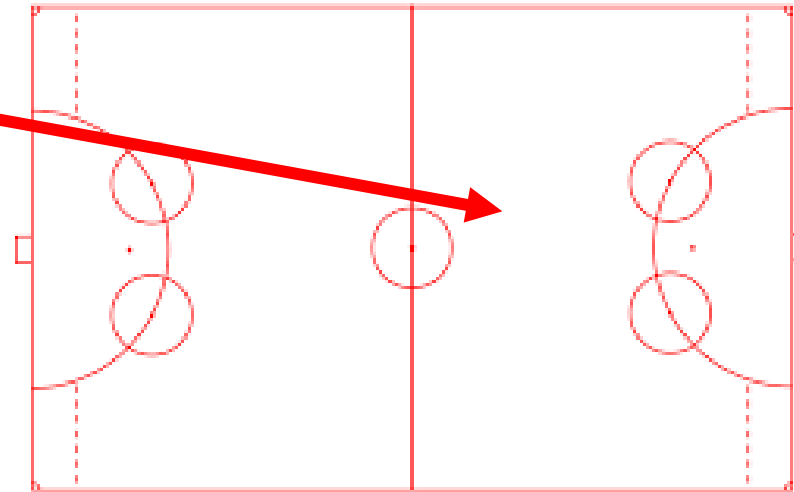


2: "Rope a dope"



- Istället för att **ifrågasätta** patientens ord eller beskrivning under samtal (t.ex. motsägelser, felaktigheter och överdrifter) **lyssnar man färdigt** och sparar på så vis både egen kraft och patientens vilja att fortsätta samtalet.
- Aktivt lyssnande utan att ta strid mot patientens berättelse.

3: Börja på den somatiska planhalvan



- Ofta har patienterna mött ointresse och avfärdande så fort läkaren har misstänkt att symtomen inte är somatiskt orsakade

“Prata somatiska”: Utgå ifrån patientens (ofta somatiskt präglade) beskrivning.

4: Drain the symptoms dry

- **“Drain the symptoms dry”** - ta kommandot i konsultationen genom att efterfråga om det finns fler kroppsliga symtom än dem som patienten beskrivit.
- Ofta styrker symtomrikedomen den funktionella diagnosen

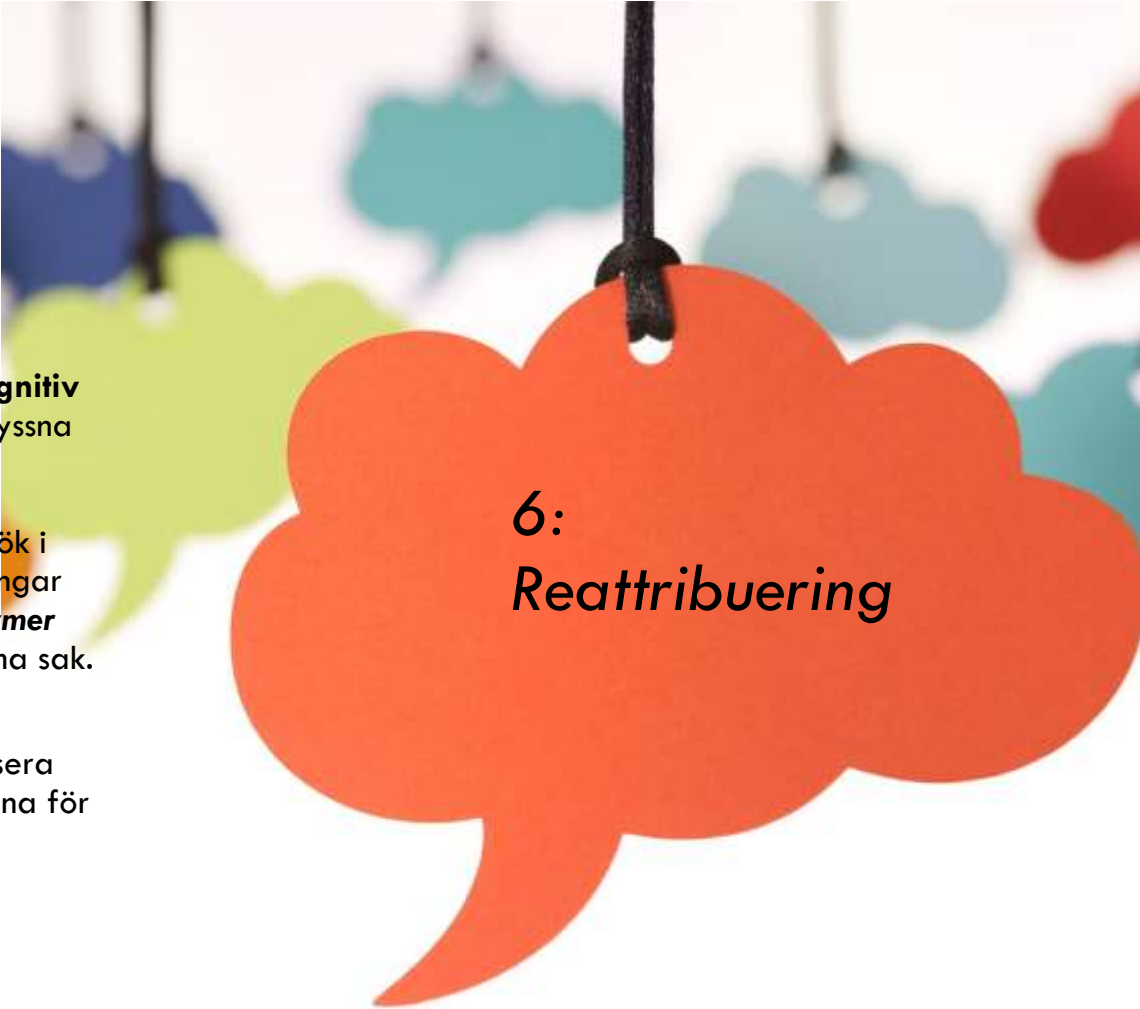


5: *Sammanfatta*

- **Sammanfattningar:**
genom att regelbundet,
flera gånger under
samtalet sammanfatta vad
man hittills pratat om visar
man patienten att man
lyssnat och har samtidigt
möjlighet att korrigera
eventuella missförstånd.



- **Reattribuering/Kognitiv omstrukturering:** lyssna efter vilka ord och uttryck patienten använder, och försök i dina sammanfattningar att använda ***synonymer*** som uttrycker samma sak.
- Detta kan hjälpa patienten att nyansera sitt uttryck och öppna för en bredare förklaringsmodell.



6: *Reattribuering*



7: Utforska förklaringsmodell

- Ta reda på patientens egen förklaringsmodell. Efterfråga gärna hur den har formats (läsning på nätet, närstående, besked från sjukvården).
- **Anhörigas förklaringsmodell** kan också vara central för patientens förmåga att hantera symtomen.

8: Introducera BPS

- Diskutera **predisponerade, utlösande och vidmakthållande** faktorer utifrån ett **biopsykosocialt synsätt** med patienten.
- Det kan ge möjlighet att byta fokus från ett ensidigt sökande efter en biologisk orsaksförklaring till att också kunna diskutera förändringsbara vidmakthållande psykosociala faktorer.

	Predisponerande	Utlösande	Upprätthållande
Biologiska			
Psykologiska			
Sociala			
Iatrogena			

VAD HAR STÖRT JUST **DINA** SYSTEM?

	Det som fanns före (Ökade risken)	Det som utlöste (Triggers)	Upprätthållande (Vad gör att systemen inte går tillbaka till det normala igen?)
Biologiska			
Psykologiska			
Sociala			
Iatrogena			

9: Redo?

- **Ta reda på om patienten är redo** för att förändra förklaringsmodell, är beredd att förändra sitt narrativ, ta emot ny kunskap – t ex genom att erbjuda patientinformationsmaterial.



PATIENTFALL KVINNA 21 ÅR

Symtom dag 2		Observationer dag 3
Gångrubbning	kan inte böja höger ben vid trappgång	Fungerar sämre vid undersökning
	går extremt långsamt	Kan ej skynda
Finmotoriska svårigheter	tappar saker	Minimera greppstyrka
Hållningsrubbning		Påverkas av närhet till stöd
Trötthet	falltendens	Aldrig ramlat allvarligt
	förstärks lång tid efter ansträngning	Sover bra, ater bra
Ljud- och ljuskänslighet	försöker begränsa så mycket som möjligt	Klarar normal samtalston och ljus i rummet
Smärta i kroppen	hindrar fysisk aktivitet	Spridd smärta

"POSITIVA SYMTOM" =
TYPISKT
FUNKTIONELLT

VI HAR HITTAT "FELET"

CHECKLISTA VID UTSKRIVNING (förslag)

- ☐ Patienten har informerats om diagnos
- ☐ Närstående har informerats om diagnos
- ☐ Patienten har fått informationsmaterial
- ☐ Diagnos har journalförts
- ☐ Överlämning har skett till:
 - ☐ Familjeläkare
 - ☐ Fysioterapeut
 - ☐ Psykosocialt team

CHECKLISTA VID UTSKRIVNING (förslag)

- ✓ Patienten har informerats om diagnos
- ✓ Närstående har informerats om diagnos
- ✓ Patienten har fått informationsmaterial
- ✓ Diagnos har journalförts
- ✓ Överlämning har skett till:
 - ✓ Familjeläkare
 - ✓ Fysioterapeut
 - ☐ Psykosocialt team



UT FRÅN SJUKHUS OK!

INFORMATION TILL PATIENTEN (förslag)

Du har vårdats för funktionella neurologiska symtom (FNS), som beror på att funktionen i ditt nervsystem blivit störd.

Symtomen beror inte på någon sjukdom eller skada i ditt nervsystem.

Funktionen i nervsystemet kan återhämta sig, och du kan behöva hjälp för att underlätta återhämtningen.

Orsaken till att funktionen i just ditt nervsystem har blivit störd kan behöva undersökas närmare.

Vi har skrivit till din Hälsocentral och bett dem följa upp dig.

Mer information om ditt tillstånd finns på www.funktionellasymptom.se

BREV TILL HÄLSOCENTRAL (Förslag)

NN har vårdats på avd XX pga Funktionella Neurologiska Symtom (FNS).

Patienten skulle behöva uppföljning med fördjupad bedömning av vad som orsakat störningen i nervsystemet, t ex av familjeläkare, psykosocialt team och fysioterapeut.

PATIENTFALL KVINNA 21 ÅR

Symtom dag 2		Observationer
Gångrubbning	kan inte böja höger ben vid trappgång	Fungerar sämre vid undersökning
	går extremt långsamt	Kan ej skynda
Finmotoriska svårigheter		
Hållningsrubbning		
Trötthet	falltendens förstärks lång tid efter ansträngning	Aldrig ramlat allvarligt Sover bra, ater bra
Ljud- och ljuskänslighet	försöker begränsa så mycket som möjligt	Klarar normal samtalston och ljus i rummet
Smärta i kroppen	hindrar fysisk aktivitet	Spridd smärta

SEN, DÅ?!

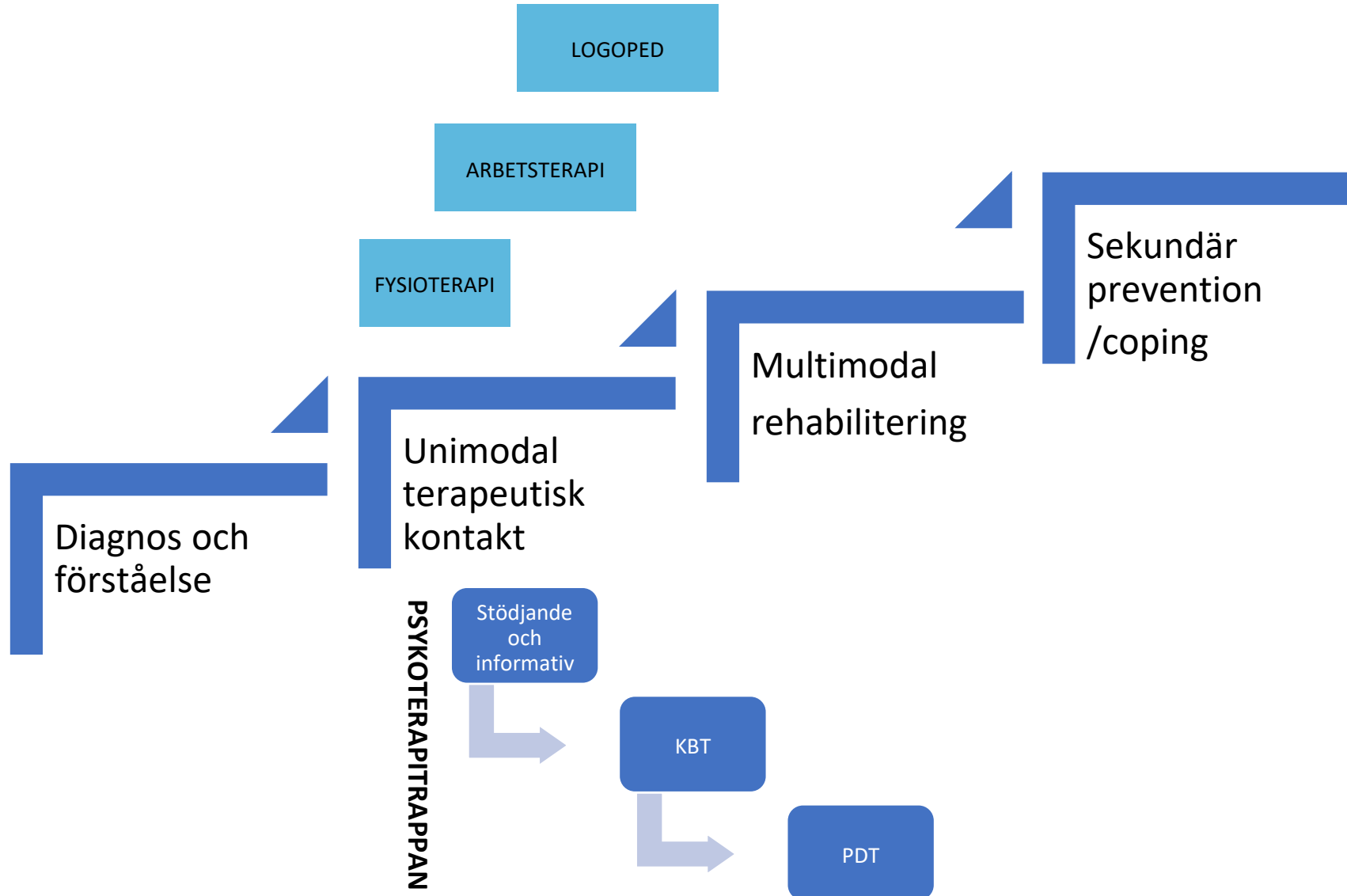
"POSITIVA SYMTOM" =
TYPISKT
FUNKTIONELLT

Rehabilitering vid FNS

Grundprinciper



Behandlingstrappa



Att organisera team – Varför?

- Vi behöver täcka in bio-psyko-social kompetens.
- Arbetet blir lättare, mer effektivt och roligare.

INDIVID-STÖRT LUSI DNA SYSTEM			
	Det som hinner till (Enaste chansen)	Det som är tillåtet (Tuggens)	Uppdragsplanen (vad gör ett system och gör tillståndet i det normale gnet?)
Biologisk			
Fysiologisk			
Social			
Intelligens			

Att organisera team – Hur?

	Det som fungerar (Enaste lösning)	Det som är bra (Tuggens)	Uppdragslösning (Vad gör ett system som gör tillräckligt bra samma saker?)
Strategisk			
Physiologisk			
Social			
Integrerad			

	FÖRDEL	NACKDEL
"Ad-hoc-team"	Flexibelt, snabbt	Sårbart, kompetens saknas, ovana att arbeta i team
Interdisciplinära team internt	Stabilt, hållbart, bygger kompetens. Beslut på VEC-nivå.	Teamstrukturer saknas på många håll
Interdisciplinärt team övergripande	Stabilt, löser "vårdknutar", bygger kompetens	"Dyrt" att starta. Kräver chefsbeslut på hög nivå.

Att bygga team för FNS

Neurolog

Psykiater/konsultpsykiater

Psykolog

Fysioterapeut

Arbetsterapeut

Logoped

+ ?

VAD HAR STÖRT JUST **DIN** MJUKVARA?

	Det som fanns före (Ökade risken)	Det som utlöste (Triggers)	Upprätthållande (Vad gör att systemen inte går tillbaka till det normala igen?)
Biologiska	•Överrörlighet som liten •Tidigt född	•Slagit i huvudet vid ridning	•Smärta i rörelseapparaten •Nedsatt allmän ork
Psykologiska	•Osäker i sociala sammanhang – rädsla för att göra fel/bort sig. •Högpresterande i skola och ridning.		•Stark oro för försämring vid ansträngning •Panikångestattacker •Skamkänslor
Sociala	•Stor oro för sjukdom hos föräldrar under uppväxten •Familjen flyttat mycket		•Stort beroende av anhöriga i vardagen •Avslutat studier •Tappat sociala kontakter
Iatrogena	•Bristande kontinuitet i vårdkontakter	•Råd om sängliggande vila, tyst och lugnt •Skickats hem utan besked	•Upplever att ingen trott på henne •Ingen fast vårdkontakt

VAD HAR STÖRT JUST **DIN** MJUKVARA?

	Det som fanns före (Ökade risken)	Det som utlöste (Triggers)	Upprätthållande (Vad gör att systemen inte går tillbaka till det normala igen?)
Biologiska	•Överrörlighet som liten •Tidigt född	•Slagit i huvudet vid ridning	•Smärta i rörelseapparaten •Nedsatt allmän ork
Psykologiska	•Osäker i sociala sammanhang – rädsla för att göra fel/bort sig. •Högrepresterande i skola och ridning.		•Stark oro för försämring vid ansträngning •Panikångestattacker •Skamkänslor
Sociala	•Stor oro för sjukdom hos föräldrar under uppväxten •Familjen flyttat mycket		•Stort beroende av anhöriga i vardagen •Avslutat studier •Tappat sociala kontakter
Iatrogena	•Bristande kontinuitet i vårdkontakter	•Råd om sängliggande vila, tyst och lugnt •Skickats hem utan besked	•Upplever att ingen trott på henne •Ingen fast vårdkontakt

Effektiva metoder vid rehabilitering av FNS

1. Trygg förklaringsmodell som tillåter förbättring
2. Justera belastning på anpassningssystem (öka eller minska)
3. Återträna normala rörelsemönster

TIPS:

- Upplevelsebaserat
- Gradering
- "Lång trappa"
- Förbered på "bakslag"
- Avledda aktiviteter

VAD HAR STÖRT JUST **DIN** MJUKVARA?

	Det som fanns före (Ökade risken)	Det som utlöste (Triggers)	Upprätthållande (Vad gör att systemen inte går tillbaka till det normala igen?)
Biologiska	• Överrörlighet som liten • Tidigt född	• Slagit i huvudet vid ridning	• Smärta i rörelseapparaten • Nedsatt allmän ork
Psykologiska	• Osäker i sociala sammanhang – rädsla för att göra fel/bort sig. • Högpresterande i skola och ridning.		• Stark oro för försämring vid ansträngning • Panikångestattacker • Skamkänslor
Sociala	• Stor oro för sjukdom hos föräldrar under uppväxten • Familjen flyttat mycket		• Stort beroende av anhöriga i vardagen • Avslutat studier • Tappat sociala kontakter
Iatrogena	• Bristande kontinuitet i vårdkontakter	• Råd om sängliggande vila, tyst och lugnt • Skickats hem utan besked	• Upplever att ingen trott på henne • Ingen fast vårdkontakt

Fysio

PST

AT/REHKO?

FAM LÄK

PATIENTFALL KVINNA 21 ÅR

REHABPERIOD: TÄNKBART INNEHÅLL

Symtom		Observationer
Gångrubbning	kan inte böja höger ben vid trappgång	Fungerar bättre vid undersökning
	går extremt långsamt	Kan ej skynda på vid
		ning
		nde
		yrka
		rhet
	sittande	till stöd
	falltendens	Aldrig ramlat allvarligt
Trötthet	förstärks lång tid efter ansträngning	Sover bra, äter bra
Ljud- och ljuskänslighet	försöker begränsa så mycket som möjligt	Klarar normal samtalston
Smärta i kroppen	hindrar fysisk aktivitet	Spridd smärta

Förslag åtgärd	Vem?
Trappmaskin Trappa baklänges	FT
Träning löpband	FT, Rehabass
Boll Intressestyrt	FT, Rehabass
Bassäng?	FT, Rehabass
Ej hjälpmedel	AT?
Återhämtning Konditionsträning	AT, PST
Exponering	PST
Smärtanalys	Fam. Läk, FT

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI





Arbetsterapi

Tack till Clare Nicholson, arbetsterapeut och klinisk specialist, från The National Hospital for Neurology and Neurosurgery, London för detta bidrag till denna hemsida. Clare förklarar hur hon använder arbetsterapi i multidisciplinär behandling för patienter med funktionella neurologiska symtom (uppdaterad januari 2020). I juli 2020 ledde Clare publikationen av en konsensusrekommendation för arbetsterapeuter i *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. Du kan ladda ner artikeln [här](#).

Vad är arbetsterapi?

Det främsta målet med arbetsterapi är att möjliggöra delaktighet i dagliga livet så att personer kan utföra vad de behöver och vill göra. "Arbete" i arbetsterapi handlar inte bara om det betalda arbetet man utför på sitt jobb, utan även alla övriga aktiviteter som innefattas i en dag. Exempelvis att duscha, klä på sig, förbereda en måltid, hushållsarbete, ta hand om barn, fritidsaktiviteter, shopping, åka kollektivt eller bil etc. Arbetsterapeuter kan hjälpa personer med nedsatt funktionsförmåga (på ett liknande sätt som fysioterapeuter), men de kan även finnas behjälpliga vid symtom såsom trötthet, smärta, funktionella anfäll, och nedsatt kognitiv förmåga exempelvis. Arbetsterapeuter jobbar med personer som har FNS för att kartlägga symtomens påverkan på utförandet av dagliga aktiviteter. Behandlingen baseras på de mål som personen med FNS formulerar tillsammans med terapeuten. Personen med FNS arbetar sedan tillsammans med arbetsterapeuten för att utveckla strategier för att kunna delta i aktivitet, förbättra förmåga till utförande, jähetändighet och självförtroende.

Att sätta mål

Supplemental material

BMJ Publishing Group Limited (BMJ) disclaims all liability and responsibility arising from any reliance placed on this supplemental material which has been supplied by the author(s)

J Neurol Neurosurg Psychiatry

Occasional essay

Occupational Therapy Consensus Recommendations for Functional Neurological Disorder (Long Version)

Clare Nicholson,¹ Mark J Edwards,² Alan Carson,³ Paula Gardiner,⁴ Dawn Golder,⁵ Kate Hayward,¹ Susan Humblestone,⁶ Helen Jinadu,⁷ Carrie Lumsden,⁸ Julie MacLean,⁹ Lynne Main,¹⁰ Lindsey McGregor,¹¹ Glenn Nielsen,² Louise Oakley,¹² Jason Price,¹³ Jessica Ranford,⁹ Jasbir Ranu,¹ Ed Sum,¹⁴ Jon Stone³

ABSTRACT

Background People with functional neurological disorder (FND) are commonly seen by occupational therapists; however, there are limited descriptions in the literature about the type of interventions that are likely to be helpful. This document aims to address this issue by providing consensus recommendations for occupational therapy assessment and intervention.

Methods The recommendations were developed in 4 stages. Stage 1: an invitation was sent to occupational therapists with expertise in FND in different countries to complete two surveys exploring their opinions regarding best practice for assessment and interventions for FND. Stage 2: a face to face meeting of multidisciplinary clinical experts in FND discussed and debated the data from stage 1, aiming to achieve consensus on each issue. Stage 3: recommendations based on the meeting were drafted. Stage 4: successive drafts of recommendations were circulated among the multidisciplinary group until consensus was achieved.

Results We recommend that occupational therapy treatment for FND is based on a biopsychosocial aetiological framework. Education, rehabilitation within functional activity and the use of taught self-management strategies are central to occupational therapy intervention for FND. Several aspects of occupational therapy for FND are distinct from therapy for other neurological conditions. Examples to illustrate the recommendations are included within this document.

Conclusions Occupational therapists have an integral role in the multidisciplinary management of people with FND. This document forms a starting point for research aiming to develop evidence-based occupational therapy interventions for people with FND.

INTRODUCTION

Occupational therapists (OTs) assist people with physical and mental health difficulties across the lifespan to enable participation in daily activities. OTs are dually trained in physical and mental health rehabilitation. This skill set combined with a focus on function rather than impairment makes OTs ideally suited to help people with functional neurological disorder (FND).

FND is characterised by symptoms of altered voluntary motor or sensory function with clinical findings providing evidence of incompatibility

and seizure-like events (commonly known as dissociative seizures or non-epileptic seizures). Fatigue and persistent pain are also commonly experienced as part of the disorder. Symptoms can present acutely and resolve quickly or can be long lasting. Regardless of duration, those affected frequently experience high levels of distress, disability, unemployment, social care utilisation and reduced quality of life.² The stigma associated with FND contributes to the burden of the diagnosis.³

Occupational therapy (OT) is generally recognised as an integral part of multidisciplinary rehabilitation for people with FND. As a therapy, it has face validity for FND; however, there is little published evidence to support its efficacy, and there are few published descriptions of interventions to guide practice.⁴⁻⁹ Given that FND differs in a number of important ways from other neurological conditions, typical OT neurorehabilitation strategies may not be directly translatable to people with FND and a more specific approach may be required.

The current evidence base for OT in FND rehabilitation is limited to several studies of multidisciplinary rehabilitation,⁶⁻⁹ including one with a randomised design.¹⁰ The interventions delivered by OTs in these studies are described only briefly; they include: retraining normal movement within function, graded reintroduction to daily activities, anxiety management and the re-establishment of structure and routine. Outcomes from these studies are promising, reporting improvement in scales of physical function and quality of life, immediately after treatment and at follow up periods of 12 to 25 months.^{7-9,11} High levels of patient acceptability have been shown in at least one study that identified that OT compared favourably with other treatments.⁹ Evidence from randomised control trials is needed to demonstrate effectiveness of the specific rehabilitation interventions described in these studies.

In summary, OT is recognised as part of MDT intervention for FND; however, there is a limited evidence base, and the role of OT within the MDT is not well defined. With this paper, we aim to develop a broad set of consensus recommendations to guide OT practice for people with FND across the range of clinical settings (hospital, rehabilitation ward and community) and time following symptom onset (acute to chronic). These recommendations come

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to

Ms Clare Nicholson
Therapy Services, University
College London Hospitals NHS
Foundation Trust, National
Hospital for Neurology and
Neurosurgery, London, WC1E
6BT, UK;
clare.nicholson@nhs.uk



To cite: Nicholson C, Edwards M J, Carson A, et al.

Fysioterapi / Träning

Sedan ungefär 2012 finns det allt mer evidens för att fysioterapi har en viktig roll vid behandling av FNS, särskilt för personer med rörelserubbningar eller svaghet.

Personer med FNS har väldigt ofta trötthet, svaghet eller smärta som de märker bli värre vid träning.

För många patienter är problemet inte så mycket att de inte är aktiva, utan att aktiviteten de utövar blir väldigt ojämn. De dagar man känner sig pigg försöker man hinna ikapp allt man inte kunde göra de dagar man mådde sämre, men senare samma dag eller nästa dag mår man dåligt igen.



► Additional material is published online only. To view please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2014-309255>).

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to Glenn Nielsen, Sobell Department of Motor Neuroscience & Movement Disorders, UCL Institute of Neurology, Box 146, Queen Square, London WC1N 3GB, UK; g.nielsen@ucl.ac.uk

Received 19 August 2014
Revised 15 October 2014
Accepted 13 November 2014
Published Online First 28 November 2014

Neuropsychiatry

VIEWPOINT

Physiotherapy for functional motor disorders: a consensus recommendation

Glenn Nielsen,^{1,2} Jon Stone,³ Audrey Matthews,⁴ Melanie Brown,⁴ Chris Sparkes,⁵ Ross Farmer,⁶ Lindsay Masterton,⁷ Linsey Duncan,⁷ Alisa Winters,³ Laura Daniell,³ Carrie Lumsden,⁷ Alan Carson,⁸ Anthony S David,^{9,10} Mark Edwards¹

ABSTRACT

Background Patients with functional motor disorder (FMD) including weakness and paralysis are commonly referred to physiotherapists. There is growing evidence that physiotherapy is an effective treatment, but the existing literature has limited explanations of what physiotherapy should consist of and there are insufficient data to produce evidence-based guidelines. We aim to address this issue by presenting recommendations for physiotherapy treatment.

Methods A meeting was held between physiotherapists, neurologists and neuropsychiatrists, all with extensive experience in treating FMD. A set of consensus recommendations were produced based on existing evidence and experience.

Results We recommend that physiotherapy treatment is based on a biopsychosocial aetiological framework. Treatment should address illness beliefs, self-directed attention and abnormal habitual movement patterns through a process of education, movement retraining and self-management strategies within a positive and non-judgemental context. We provide specific examples

as a group of geographically diverse and multidisciplinary health professionals to create recommendations for the content of physiotherapy for FMD to act as a guide for others and to form the basis of further treatment studies.

We use the term FMD to denote symptoms such as weakness, paralysis, tremor and dystonia that are not caused by a standard neurological disease. FMDs are among the most common reasons for people to seek neurological advice.⁴ They are associated with high levels of disability and distress, prognosis is considered poor and the financial burden is high.⁵⁻⁷

In a recent survey of UK neurophysiotherapists,⁸ it was found that most (77%) saw patients with FMD and had good levels of interest in treating patients with FMD. A lack of support from non-physiotherapy colleagues and inadequate service structures were commonly identified barriers to treatment. In addition, they rated their knowledge as low compared to other commonly seen conditions. This is a consensus recommendation from a group of

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI: VARFÖR ?

1. Fysioterapi är en behandling som accepteras av de flesta = väldigt "face saving"
2. Utifrån en bio-psyko-social modell:

Motoriska symtom är inlärda mönster av rörelser som påverkas av

- a) uppmärksamhet/attention (distraktion mkt effektivt)
- b) sjukdomstro/belief (placebo mkt effektivt)

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI: VARFÖR?

Behandlingen syftar till att återträna rörelseförmåga genom att

Rikta om uppmärksamheten

1. Förändra dysfunktionella sjukdomsuppfattningar
2. Förändra dysfunktionella beteenden kopplade till symtomen
3. Påverka fysiska "triggers" (smärta, sjukdom)

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI: NÄR ?

- Så tidigt som möjligt (Prognosen)
- Utredningar färdiga – men om de dröjer kan kontakt påbörjas ändå
- För diagnostik
- Före eller efter psykologisk behandling?

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI: VILKA ?

1. Klar diagnos ställd av läkare
2. Patienten har accepterat diagnosen
3. Patienten önskar förbättring och kan formulera behandlingsmål

OBS! Alla patienter behöver inte specifik behandling (t.ex. spontan förbättring)

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI: HUR ?

- Bedömning:
 1. Lista symtomen (vilka, hur ofta, när, förbättrande, försämrande)
 2. Ta reda på hur det började (ledtråd till att förklara diagnosen)
 3. I undersökning: lägg särskilt märke till funktionella inslag (variation, avledbarhet, förstärkning, kopplat beteende) - hellre fokus på aktivitet och funktion än på symtom eller funktionsnedsättning

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI: HUR ?

- Behandlingen bör innehålla
 1. Utbildning
 2. Återträning av rörelse
 3. Stöd för självhantering av symtom

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI– HUR LÄNGE?

- Inga studier kan visa optimal behandlingstid.
- Visst stöd för att intensiv behandling under en kortare tid kan vara effektivt.
- Många etablerade program använder en definierad tidsgräns.

HUR MYCKET SKA MAN KOMPENSERA?

	FÖRDEL	NACKDEL
Anpassning hemma	Möjligt att skriva hem – möjliggör rehabilitering	(Sekundär) Sjukdomsvinst?
Gånghjälpmedel	Möjliggör social träning. Face-saving?	(Sekundär) Sjukdomsvinst?
Hemtjänst /Boendestöd	Möjligt att skriva hem – möjliggör rehabilitering	Socialt beroende - svårt att avveckla?
Rullstol	Möjligt att skriva hem – möjliggör rehabilitering	Tydlig sjukroll – signal till omgivningen
Specialsäng	etc	etc
Elrullstol	etc	etc
Bilanpassning	etc	etc
LSS-insatser	etc	etc

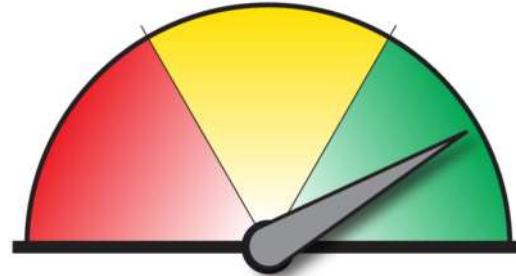
HJÄLPMEDEL & ANPASSNINGAR

NEJ

"Ett hjälpmedel hindrar dig från att hitta tillbaka till normalt rörelsemönster"

"För mycket hjälp kan göra att du fastnar i tillståndet"

**HÄR KOMMER VI
IBLAND ATT GÖRA FEL
BEDÖMNING**



JA

"Ett hjälpmedel gör det möjligt att skrivas ut/göra nystart i rehabiliteringen"

"Hjälpmedlet behövs för ökad självständighet, psykologisk rehabilitering etc"

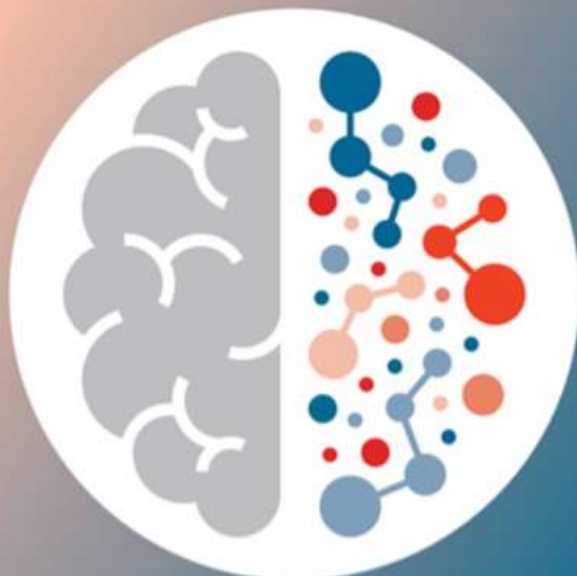
Vad behövs för att bli bättre?

KOMPETENS

- Utbildning
- Träning
- Rollspel

ORGANISATION

- Psykiatrisk konsultverksamhet
- Rehabkonsult?
- Vårdkedja



FUNCTIONAL SEIZURES AND EPILEPSY:

CUTTING EDGE DIAGNOSTICS,
BIOLOGY AND MANAGEMENT

JUNE 13-14, 2025

The Inn at Longwood Medical, Boston, Massachusetts



[Virtual Education Courses](#)

[Membership](#)

[News and Events](#)

FUNKTIONELLA LISTAN

- Mailgrupp för intresserad sjukvårdspersonal i Sverige.
- Ca 250 medlemmar.
- Fysisk träff ca en gång/år.
- Maila namn, yrke och arbetsplats till funktionellalistan@gmail.com

FRÅGOR?

www.stokapsykkonsult.com
callesjostrom@gmail.com

