

FUNKTIONELLA TILLSTÅND I PRIMÄRVÅRD

ÄLVPRAKTIKEN KUNGÄLV 260203

Carl Sjöström
Specialistläkare psykiatri och rehabiliteringsmedicin
www.stokapsykkonsult.com
callesjostrom@gmail.com



ANSTÄLLNING etc

- Läkare, specialist i Psykiatri (2010) & Rehabiliteringsmedicin (2017).
- Grundläggande psykoterapiutbildning ("Steg 1"), Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi (2007-2008).
- Anställd i Region Gävleborg.
- Enskild firma – ett 10-tal uppdrag/år www.stokapsykkonsult.com

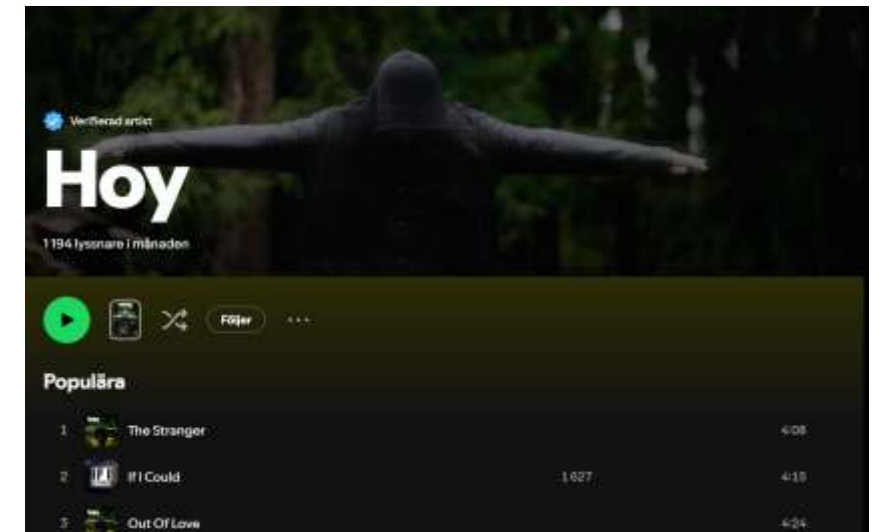


MEDVERKAN

- 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 av www.neurosymptoms.org (2021-2022)
- Översättare av www.bodysymptoms.org (2024-2025)

ÖVRIGT

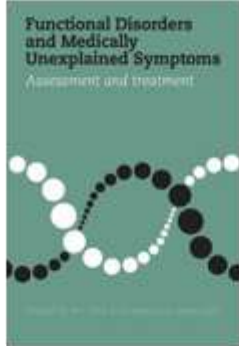
- [Synthare: www.hoymusic.se](http://www.hoymusic.se)
- Gästrike-Hälsinge
- Trebarnspappa
- Tvådjurshusse
- Musikrecensent
- Bandy



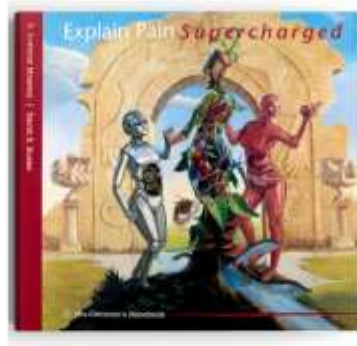
- Kvinna i 50-årsåldern med tilltagande växlande kroppsliga symtom sedan 3 månader:
 - hjärtklappning
 - omväxlande lös och hård mage
 - smärta som flyttar runt i kroppen
 - energilöshet
- Blodprover inkl blodstatus, elstatus, leverstatus, tyroideaprover, vitamin B och D, CRP och SR, avföringsprover, kalprotektin, alkoholparametrar, drogscreening u.a.
- Långtids-EKG ua. PEF ua. Spirometri ua. Lung-rtg ua. Man finner inga tecken på somatisk sjukdom och har bedömt att det inte finns indikation till vidare somatisk utredning.
- Psykiskt status u.a. Trött på att ha det så här. HADS 6 poäng. MADRS 10 poäng. Symtomen har inte startat i koppling till någon specifik händelse.



Hallett, Stone, Carson
2016



Fink, Rosendal 2015



Moseley, Butler 2017



Kozłowska, Scher,
Helgeland 2020



Gordon, Ziv 2021



Svenska Föreningen för
Konsultationspsykiatri 2022



Herlofsson m.fl. 2024



Deakin 2025

ÖVERSIKT ÖVER DAGEN

08-12

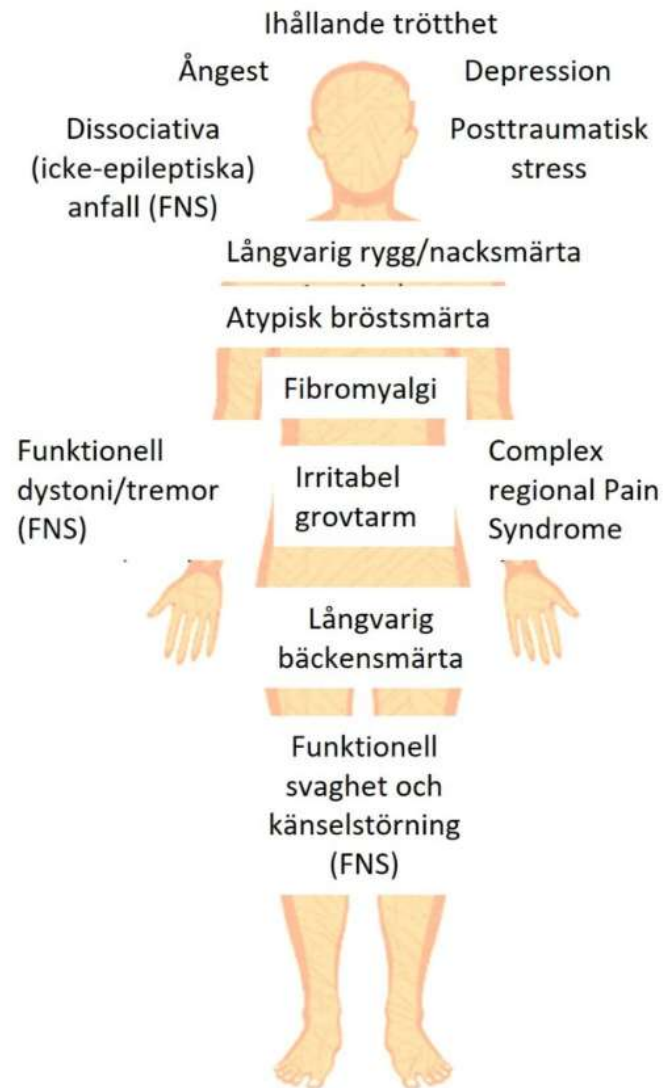
-Föreläsning. Vad är Funktionella tillstånd? Hur uppstår de? Diagnostik, översiktligt om behandling/rehabiliteringsprinciper. Bemötande och patientinformationsmaterial.

13-14

- Föreläsning/diskussion. Funktionella tillstånd i primärvård. Exempel på arbetssätt och mer specifika behandlings-/rehabiliteringsmetoder.

14-16

- Praktiska knep för samtal och förankring av förklaringsmodell.
- Övningar/Fall



Specialitet	”Funktionellt syndrom”
Immunologi/Allergi	Sjuka hus-syndrom, Elöverkänslighet, Infraljudsöverkänslighet
Endokrinologi	Subklinisk Hypothyreos
Gastroenterologi	IBS, dyspepsi
Gynekologi	Bäckensmärta, PMS
Infektion	Kroniskt trötthetssyndrom (ME/CFS), Kronisk Borrelia, Postcovid
Kardiologi	Atypisk bröstsmärta, Syndrom X
Lungmedicin	Hyperventilationssyndrom
Neurologi	Spänningshuvudvärk, Funktionella neurologiska tillstånd
Odontologi	Temporomandibulär leddysfunktion, atypisk ansiktssmärta
Ortopedi	Whiplash
Psykiatri	Somatoforma tillstånd, neurasteni
Reumatologi	Fibromyalgi, Ländryggssmärta
Öron, näsa, hals	Globus, yrsel, tinnitus

Funktionella somatiska symtom

Enstaka
symptom

Symptomkluster
(Syndrom)

Multisystem

Funktionellt tillstånd

Kroppssyndrom

Postvirala tillstånd

Fibromyalgi

Multipel kemisk överkänslighet

Dysautonomi

Kroniskt trötthetssyndrom

Funktionell
Neurologisk
Symptomstörning

Irritabel tarm (IBS)

Fowlers syndrom/Idiopatisk urinretention

Långvarig smärta

Ortostatisk hypotension (POTS)

Ihållande fysiska symtom
(t.ex. efter cancerbehandling)

Dissociativa anfall



RISKUTSATTA "STORKONSUMENTER"



1/5 pat i
Primärvård

1/4 besök på
akutmottagning

1/3 pat på
neurologmottagning

15-25% av befolkningen

10% behöver behandling

1-2% allvarliga med påverkan på arbete, skola,
sjukvårdskonsumtion.

Liten ökning av FS hos barn.

~~Påhittat?~~ **Verkligt**

FUNKTIONELLT

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

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

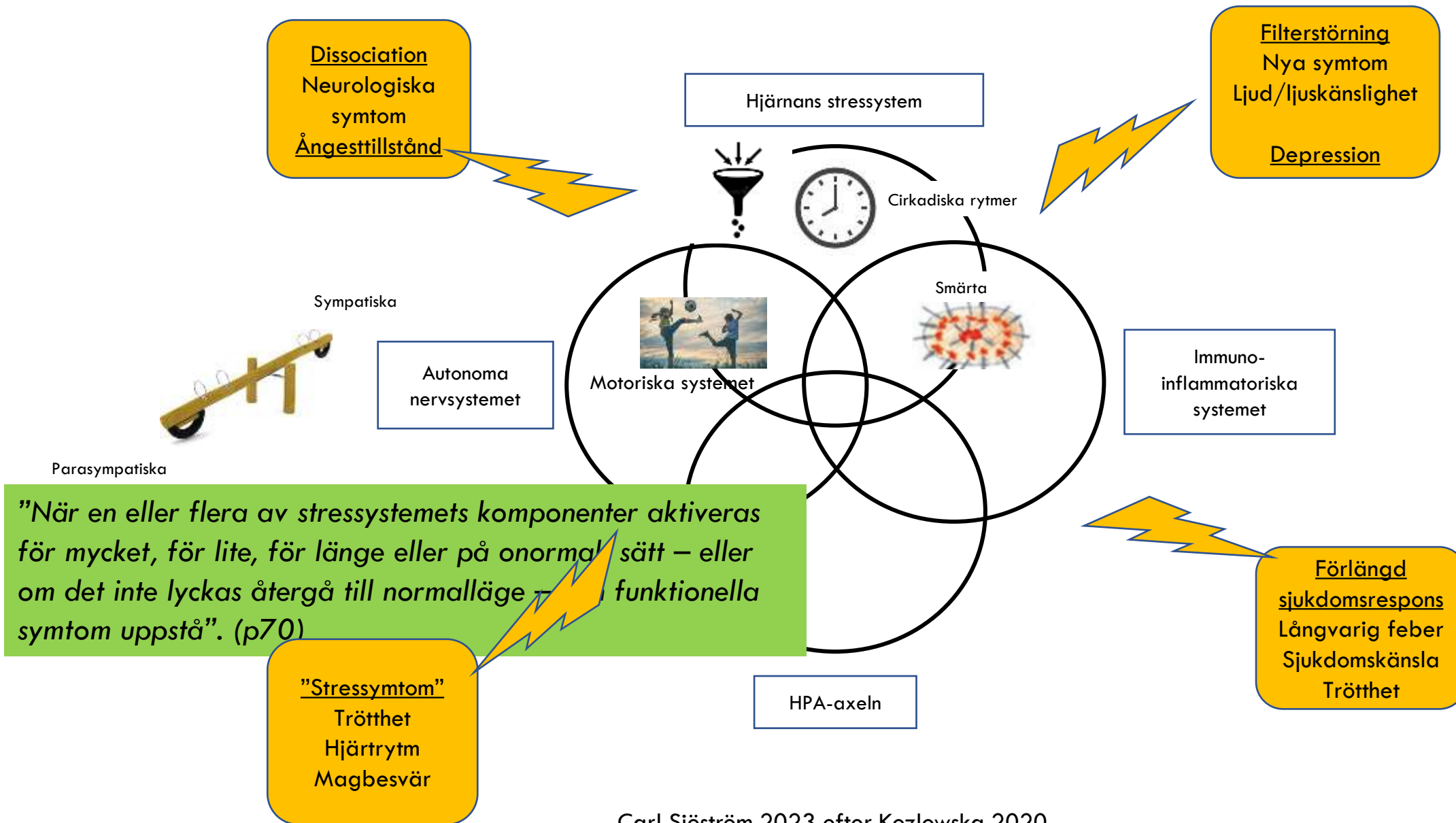
**Detta kan i sin tur ha många
orsaker**

~~Man hittar inget fel~~

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

Vad är ett funktionellt tillstånd — Sammanfattning i 7 punkter

- 1) **Verkligt tillstånd** - d v s inte inbillat eller påhittat.
- 2) Beror på **PROBLEM** med **FUNKTIONEN** i systemet, och inte på en skada eller sjukdom.
- 3) Funktionsstörningen utgår från normala *fysiologiska reaktioner* som blivit för starka eller långvariga.



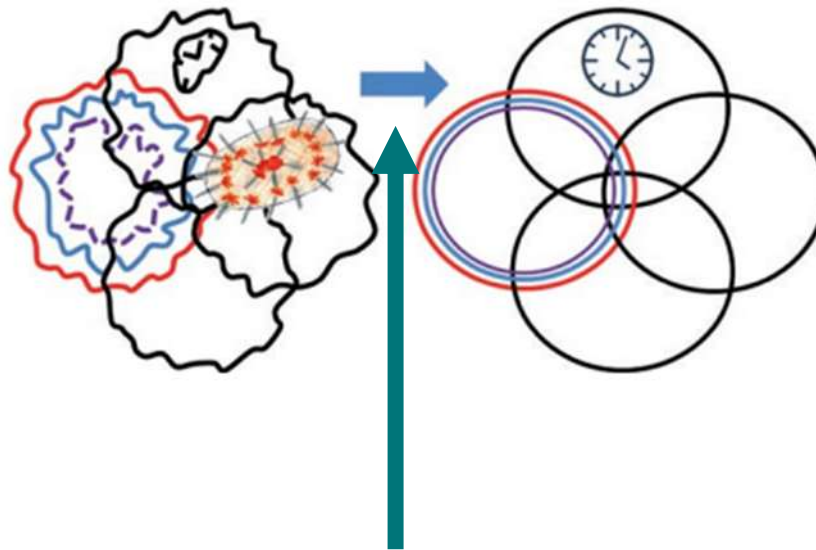
Kozłowska, Scher, Helgeland 2020



Balans i systemen = **homeostas**

Reaktion i systemet = **allostas**

Den homeostatiska inställningspunkten kan ändras (jmf termostat, det nya normala)



HUR ÅTERSTÄLLER VI NORMAL FUNKTION?

- Vi tror inte att det går att vila fram
- Vi tror att det går att träna tillbaka normal funktion

Vad är ett funktionellt tillstånd — Sammanfattning i 7 punkter

- 1) **Verkligt tillstånd** - d v s inte inbillat eller påhittat.
- 2) Beror på **PROBLEM** med **FUNKTIONEN** i systemet, och inte på en skada eller sjukdom.
- 3) Funktionsstörningen utgår från normala *fysiologiska reaktioner* som blivit för starka eller långvariga.
- 4) Vi kan ganska ofta ställa en **säker diagnos utifrån undersökning** = **POSITIV DIAGNOSTIK**

Funktionella tillstånd - 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

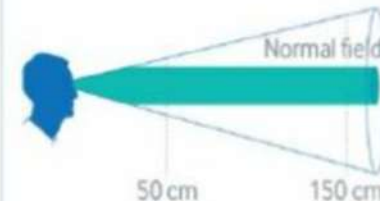
Huvudet skakar sida till sida

Hyperventilering



Fråga patienten om det går bra att någon familjemedlem filmar anfall

Funktionella synfel



Tunnelseende som är lika brett vid 50 och 150 cm avstånd



Spiralutseende vid synfälts-testning

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

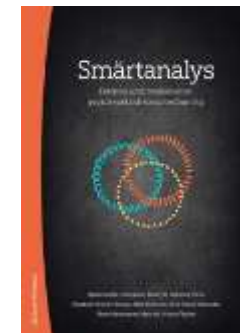
Ansträngt tal
Plötslig debut av dysfoni, stamning eller dysprosodi
Utländsk brytning

- (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.

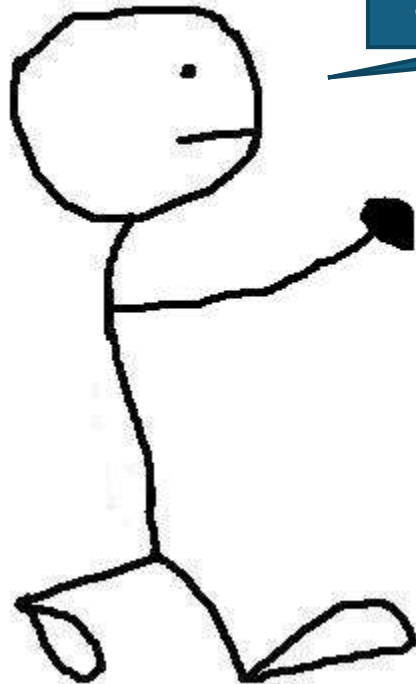
Förslag "Positiva diagnoskriterier"

Nociplastisk smärta

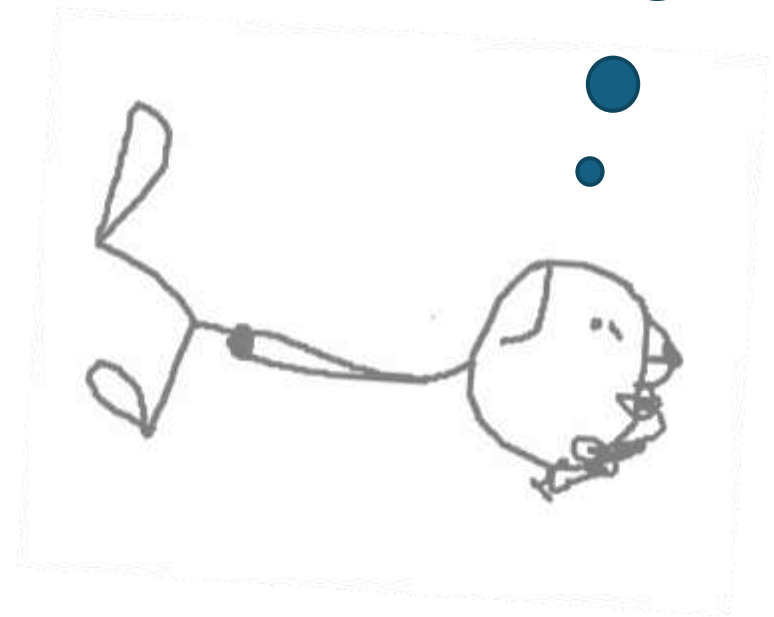
1. Diffusa eller icke-anatomiska områden för smärta eller ömhet vid palpation
2. Smärtspridning
3. Ökad smärtskänslighet



EXKLUSIONS DIAGNOSTIK



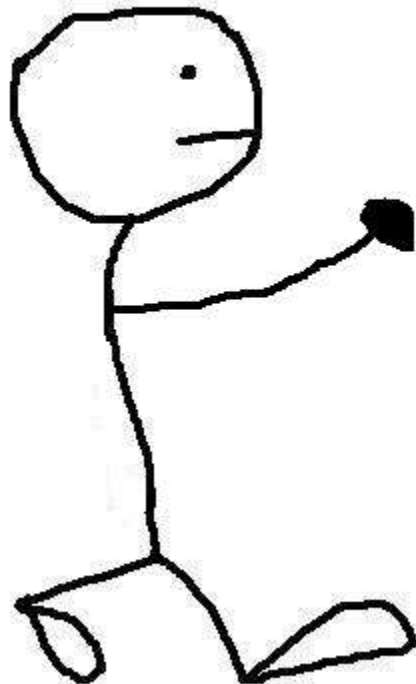
Vi hittar inget fel, du
får komma tillbaka
om det inte blir bättre



EXKLUSIONS DIAGNOSTIK

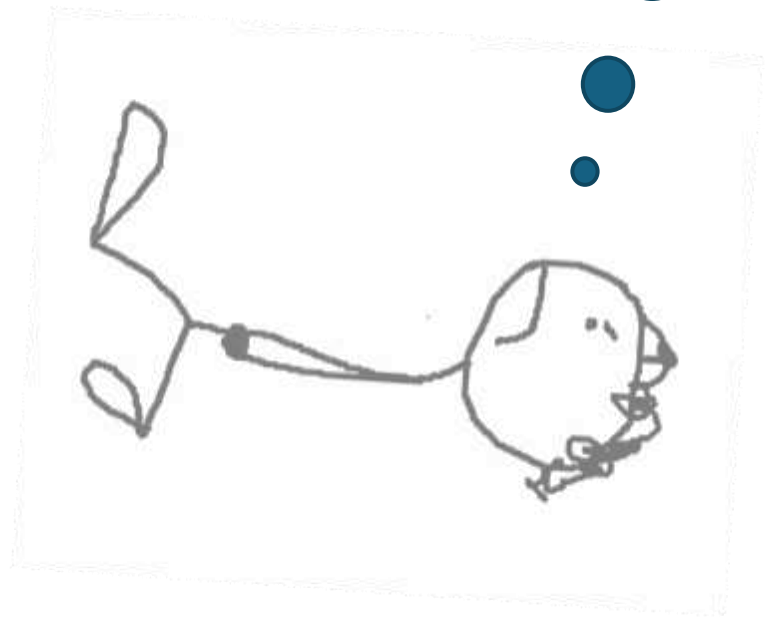


EXKLUSIONS DIAGNOSTIK



Det kan nog
vara
psykiskt!

wtf... jag
åker hem
och
googlar



POSITIV DIAGNOSTIK



Följande talar för att patienten lider av en väldefinierad, somatisk sjukdom

1. **Få**, specifika, karakteristiska symptom eller symtommönster
2. **Konstant** symtomlokalisering
3. **Distinkt** variation i intensitet, inklusive distinkta perioder med försämring eller förbättring
4. Ett **fåtal lindrande eller förvärrande** faktorer
5. **Huvudsakligt** besvär kan identifieras
6. **Klar** och distinkt beskrivning
7. **Väldefinierad effekt** av specifik behandling



Vad är ett funktionellt tillstånd — Sammanfattning i 7 punkter

- 1) **Verkligt tillstånd** - d v s inte inte
- 2) Beror på **PROBLEM** med **FUNKTION** skada eller sjukdom.
- 3) Funktionsstörningen utgår från normal som blivit för starka eller långvariga.
- 4) Vi kan ganska ofta ställa en **säker diagnos** Utifrån undersökning = **POSITIV DIAGNOSTIK**
- 5) **Orsaken till störningen** vet vi ofta inte så mycket om när vi ställer diagnosen.



Vad är ett funktionellt tillstånd — Sammanfattning i 7 punkter

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



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

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

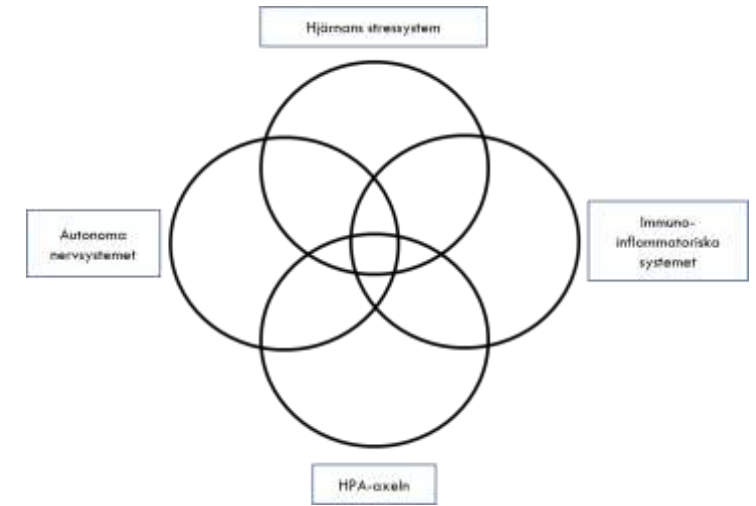
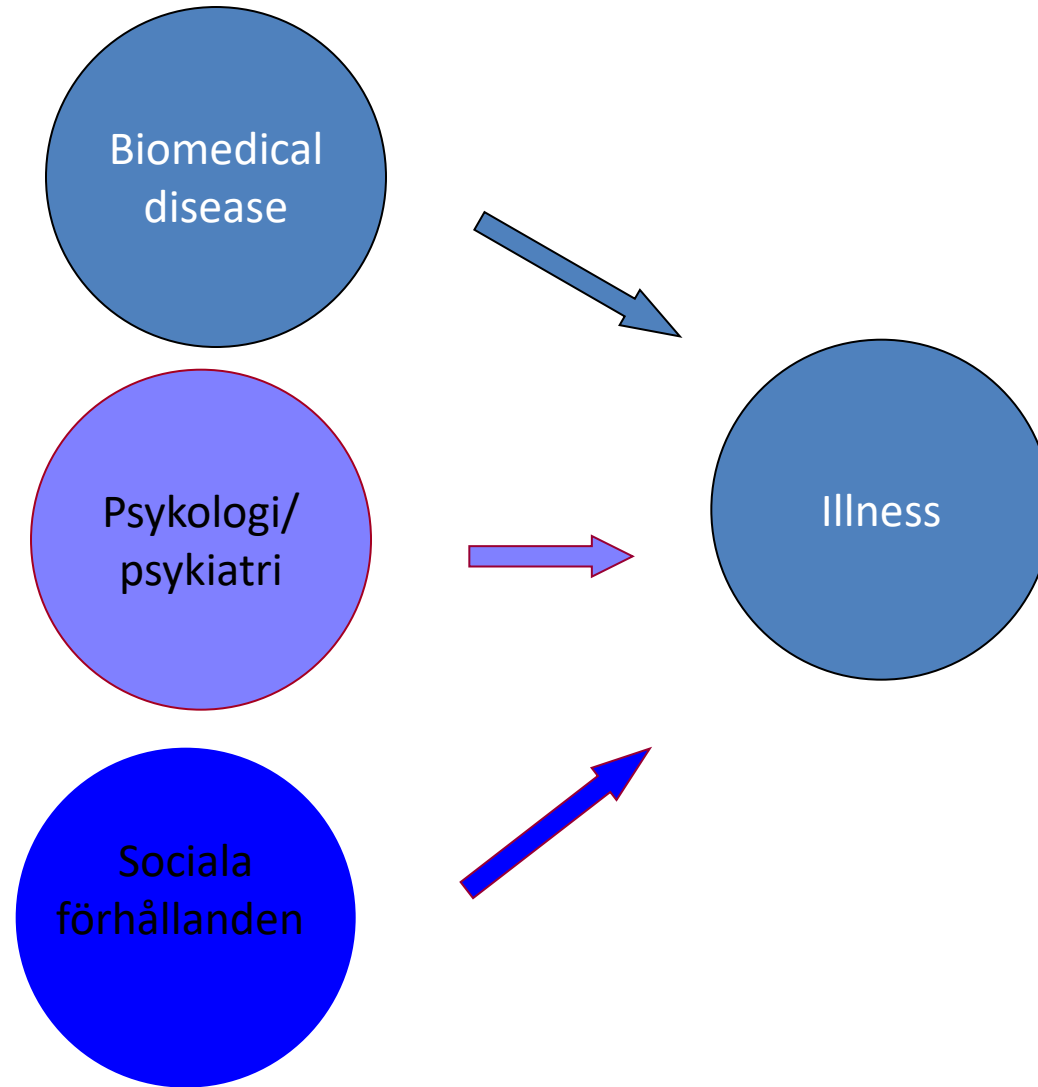
G L Engel

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

Abstract

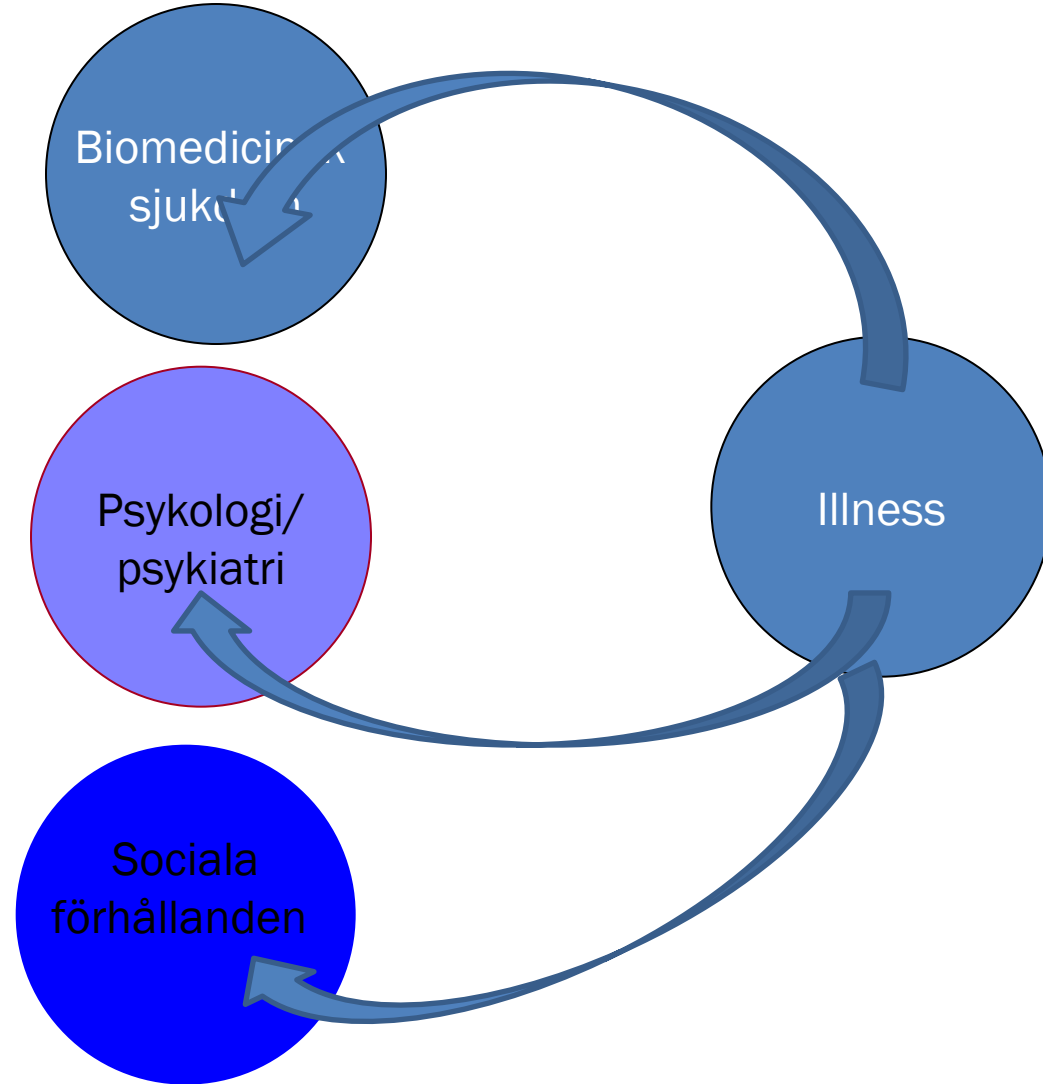
The dominant model of disease today is biomedical, and it leaves no room within tis framework for the social, psychological, and behavioral dimensions of illness. A biopsychosocial model is proposed that provides a blueprint for research, a framework for teaching, and a design for action in the real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

Bio-psyko-social sjukdomsmodell



(A. Lundin)

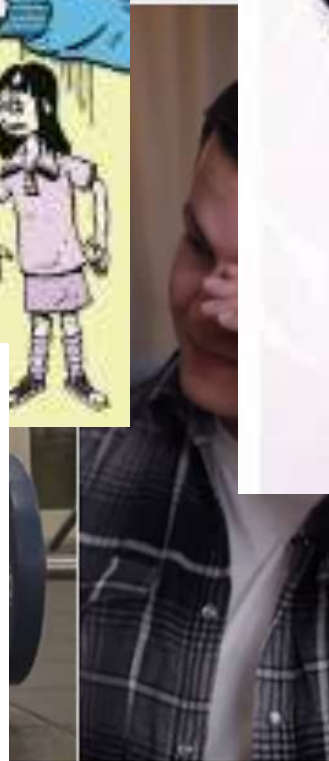
Bio-psyko-social sjukdomsmodell: tänkbara verksamma åtgärder



(A. Lundin)

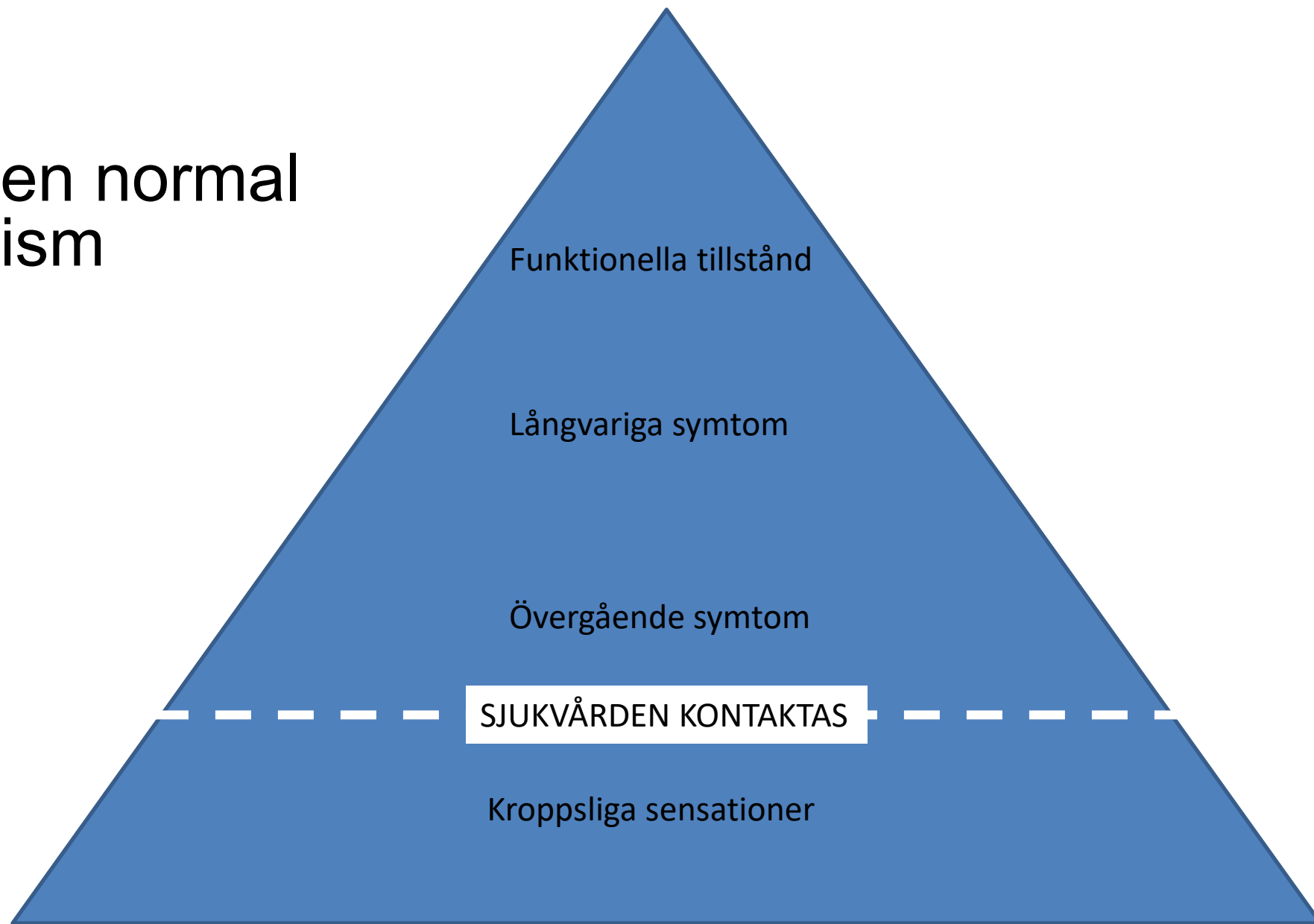
Vad är ett funktionellt tillstånd — Sammanfattning i 7 punkter

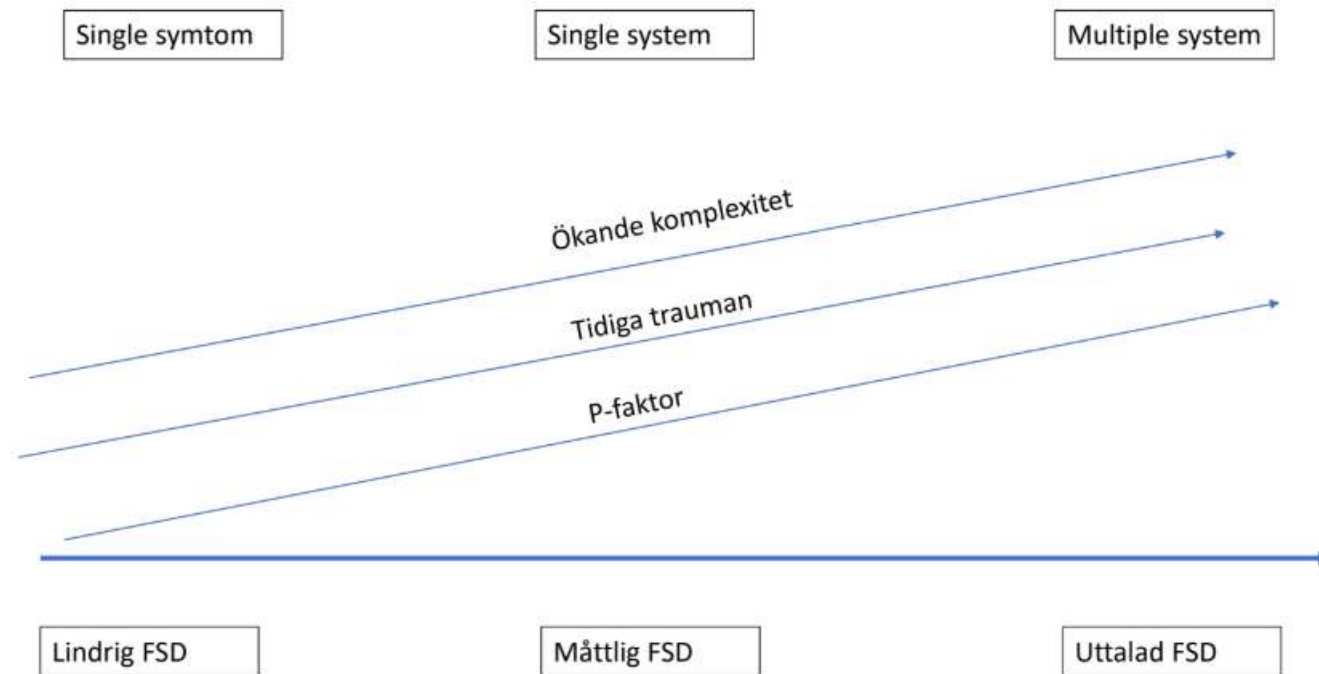
- 1) **Verkligt tillstånd** - d v s inte inbillat eller påhittat.
- 2) Beror på **PROBLEM** med **FUNKTIONEN** i systemet, och inte på en skada eller sjukdom.
- 3) Funktionsstörningen utgår från normala *fysiologiska reaktioner* som blivit för starka eller långvariga.
- 4) Vi kan ganska ofta ställa en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

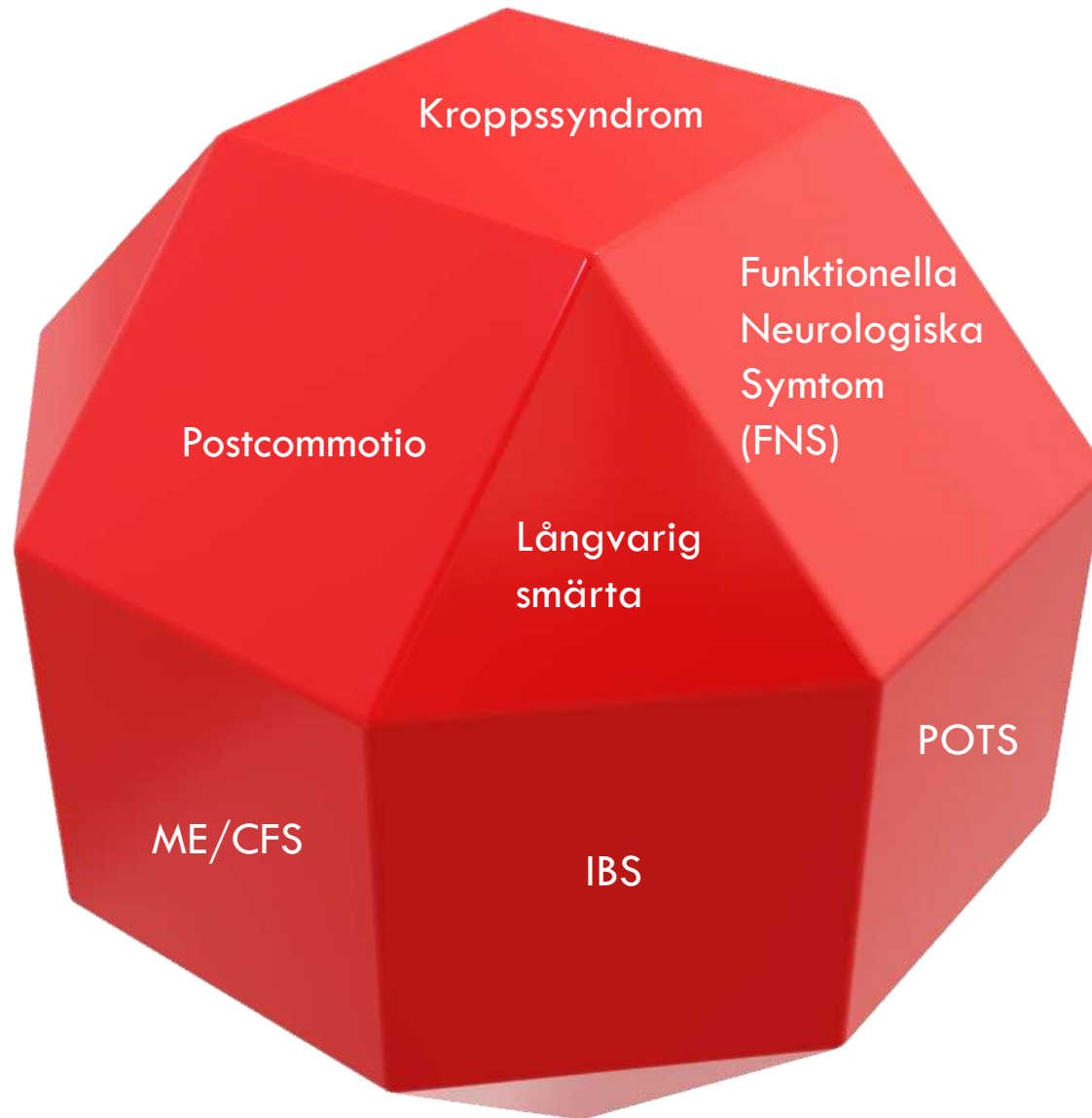
port 

"Hur fan hamnade jag här? Det var väldigt otäckt" Foto: SVT

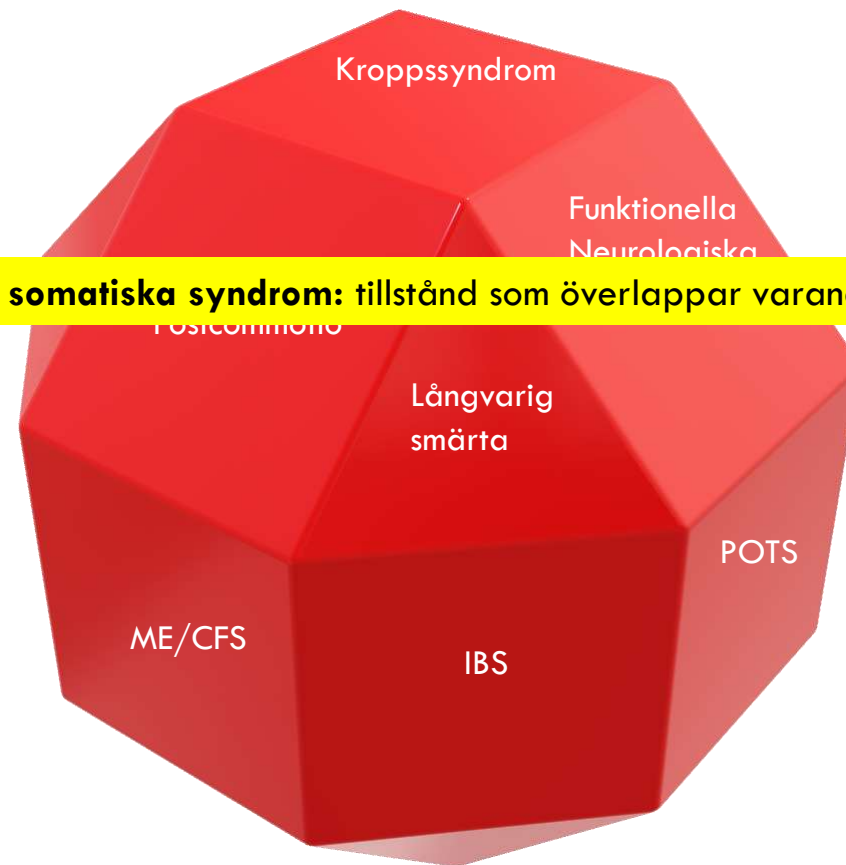
Det är en normal
mekanism

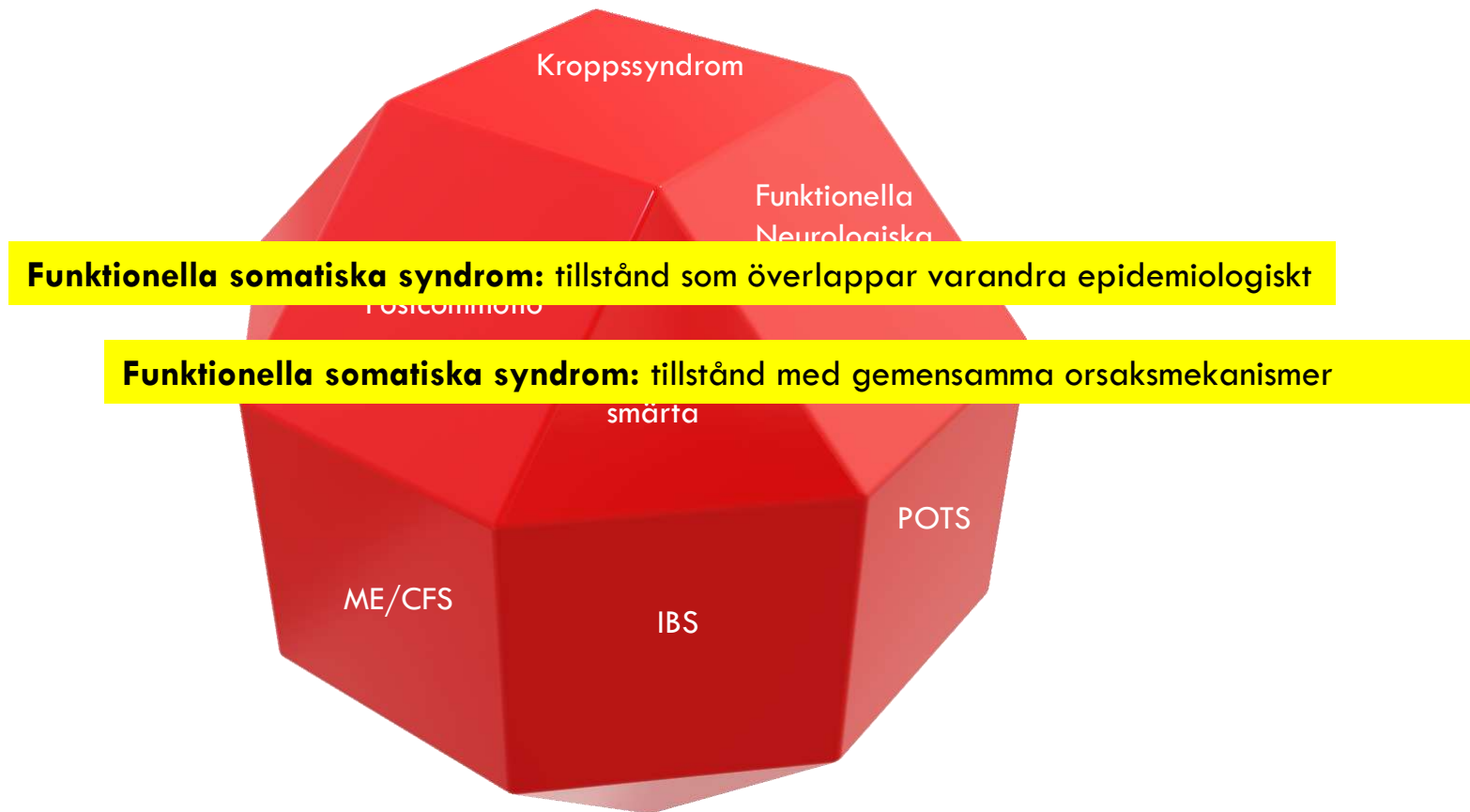






Funktionella somatiska syndrom: tillstånd som överlappar varandra epidemiologiskt







Bodysym

Utforska de mekanismer som ligger bakom

Huvudämnen

- Hormoner
- Dysfunktionell andning
- Sömn-vakenhetscykeln
- Symtommönster
- Dissociation
- Uppmärksamhet
- Förståelse för symtomen
- Kroppslig stress
- Hantering av obehag
- Sensorisk sensitisering
- Inflammation och autoimmunitet
- Det neuroimmuna systemet
- Träning och inflammation
- Symtom och internet
- Den förutsägande hjärnan
- Mikrobiomet
- Reglering av nervsystemet
- Förändring och osäkerhet

Hello.



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 psykiatin Mer "psykiatri" i somatiken Teamarbete i primärvård



Konsultationspsykiatri

FUNKTIONELLA TILLSTÅND I SVERIGE

Inga nationella styrdokument

Inga sökbara regionala vårdprogram

Ingår inte i något NPO

Ingen patientinformation i officiella kanaler



Jan 2026

Team för
FNS

ÖSTERSUND

Rehabiliteringsmedicin/
Neurologi

UMEÅ

Rehabiliteringsmedicin

KARLSTAD

Rehabiliteringsmedicin/
Neurologi

STOCKHOLM

Huddinge Psykiatri
BUP Konsultenhet
Astrid Lindgrens barnsjukhus
Stora Sköndal
Rehab Station
Sachsska

Forskning

STOCKHOLM

FNS
EAET/ISTDP

Bubblare

LINKÖPING

Uppdrag på gång

ÖREBRO

neurologkliniken

UDDEVALLA

Team finns men ej
uppdrag

GÖTEBORG

Drottning Silvias barnsjukhus

JÖNKÖPING

Rehabiliteringsmedicin

KALMAR

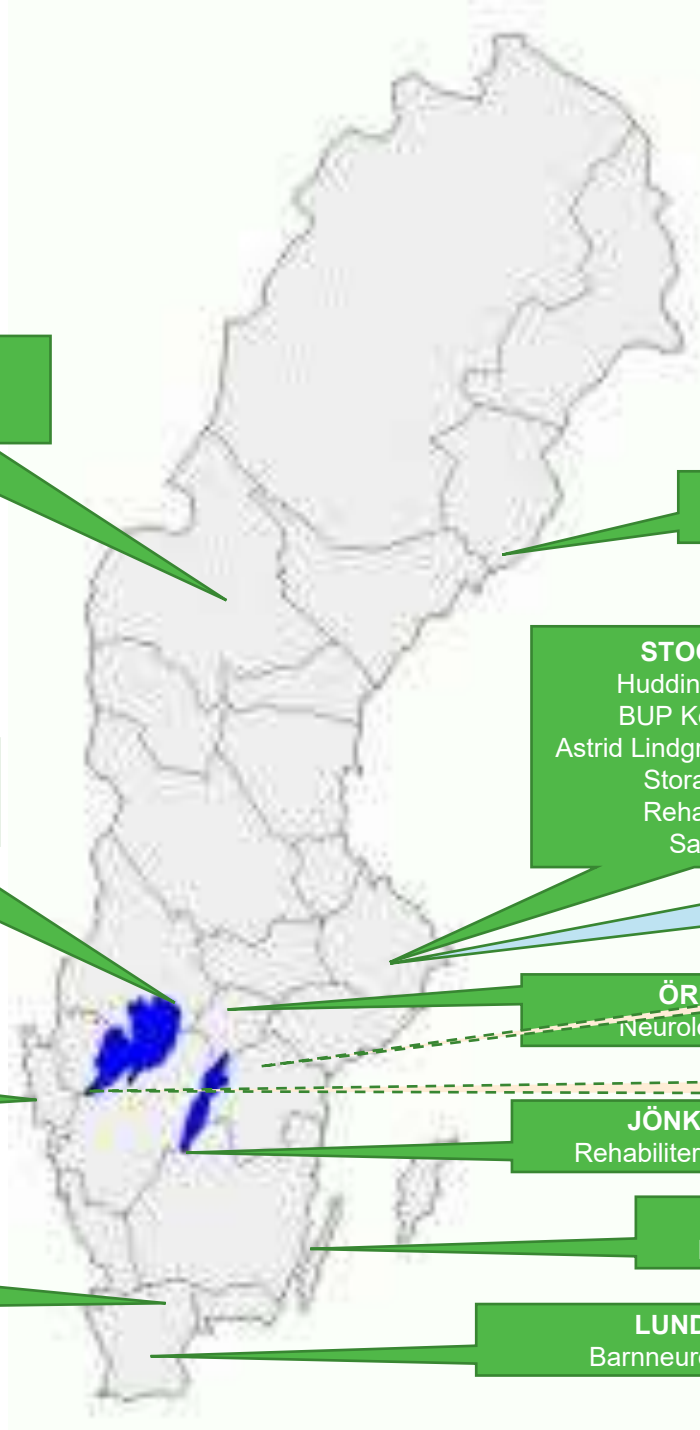
Rehabiliteringsmedicin

KRISTIANSTAD

Barnkliniken

LUND

Barnneurologi



Funktionella listan (2015-)

Ca 250 medlemmar

Fysiska träffar

Örebro

Skövde

18

ge 2019

Linköping 2023

Solna 2025

Informellt nätverk för
sjukvårdspersonal i Sverige
med intresse för Funktionella
tillstånd.



Maila
funktionellalistan@gmail.com
med



- yrke



- arbetsplats

Hög tid modernisera vården vid funktionella tillstånd

EN BIOPSYKOSOCIAL KOMPETENSHÖJNING EFTERLYSES

Socialstyrelsens kunskapsstöd «Postcovid och andra närstående tillstånd och syndrom» grupperar tillstånden postcovid, postinfluensa, postsepsis, postintensivvårdssyndrom, kroniskt trötthetsyndrom (ME/CFS) och pediatriiskt akut neuropsykiatriskt syndrom (PANS/PANDAS), som man menar 1) överlappar varandra i kliniska symtom, 2) inte är medicinskt eller vetenskapligt entydiga och 3) saknar evidensbaserad utredning, behandling och rehabilitering [1]. Det stämmer att symtomöverlappningen är stor. Gällande de andra två antagandena beror det på perspektivet [2].

Med ett funktionellt perspektiv, som tillägg till ett strukturerat biomedicinskt perspektiv, öppnar sig flera beprövade utrednings- och behandlingsalternativ. Danska Sundhedsstyrelsen gav 2018 ut riktlinjer för hur funktionella tillstånd ska utredas, handläggas och avstigmatiseras [3]. Där finns flera av de

rella tillstånd, vid överlappande tillstånd och när kunskapsläget är oklart [2, 4].

Genom paraflybegreppet «funktionella tillstånd» och genom att skilja fysiologiska reaktioner från sjukdomar med patofysiologiskt härledbar etiologi blir dessa symtomtillstånd och överlappningen i symtombild lättare att förstå [2, 5]. Sådan etablerad kunskap och ett biopsykosocialt anslag skulle kunna öka kompetensen om tillstånden i kunskapsstödet och för vårdens samlad sett största patientgrupp - de med funktionella besvär, där fysiologi snarare än struktur är påverkad [2].

En begriplig förklaringsmodell
Människans biologi innefattar anpassningssystem som ger förutsättningar att klara utmaningar. De aktiveras av såväl inre som yttre utmaningar eller hot. Det autonoma nervsystemet, HPA-axeln och immun-/inflammationssystemet är centra-

Vid långdragna tillstånd utan påvisad patologi är orsaken ofta dysreglerade i passningssystem, som inte fungerar på ändamålsenligt sätt [8]. Detta är inte sjukdom i klassisk bemärkelse. Symtom som uttalad trötthet efter ansträngning, urträngning eller hjärtklappning, där inget patologi kan hittas, är inte heller ett hjärnsprätt. De fysiologiska reaktioner

»Att kartlägga predisponerande, utlösande och vidmakthållande faktorer kan ge ökad förståelse.

TEMA KONSULTATIONSPSYKIATRI

Funktionella somatiska symtom kräver biopsykosocial kompetens

ORGANISERADE TEAM GER BÄTTRE VÅRDRESULTAT - EN VÄNDPUNKT KAN VARA ATT PATIENT OCH LÄKARE KAN ENAS OM EN FÖRKLARINGSMODELL

Carl Sjöström,
överläkare,
rehabiliterings-
medicinska kliniken,
Region Gästrikland
• carl.sjostrom@regiongastrikland.se

Många läkare känner igen sig i situationen där en allvarlig sjukdom som orsak till patientens symtom har uteslutits, men man ändå har svårt att uppfylla patientens förväntningar på förklaring eller bättring. Omkring hälften av alla primärvårdsbesök och upp till vart tredje besök på en medicinsktjänst eller neurologmottagning handlar om något funktionellt symtom [1]. Patienter med diffusa, svårlokade symtom som inte passar in i gängse diagnosmallar och

medicinskt «förklarad» tillstånd. Vid Forskningsakademien för funktionella lidanden i Aarhus, Danmark, har man försökt en kategorisering av tillstånden som innefattar hela sjukvårdspanoramat (Tabell 2).

Externa faktorer bidrar
Patienter söker till en klinisk för ett symtom, inte för en sjukdom. Symtomens allvarlighetsgrad kan kräva somatisk utredning, som utfaller med normala fynd.

DEBATT

Släpp in funktionella neurologiska tillstånd i neurologins finrum

Carl Sjöström, överläkare, specialist i psykiatri och rehabiliteringsmedicin, rehabiliteringsmedicinska kliniken, Närsjukhuset Sandviken

Anders Lundin, med dr, specialist i neurologi och psykiatri, Yrselcenter neuropsykiatri, Stockholm

Den som är intresserad av funktionella neurologiska tillstånd (konversionssyndrom) har länge varit hänvisad till undagömda kapitel i psykiatriska och neurologiska läroböcker och till föreläsningar sent på dagen på neurologiska kongresser. Tillstånden har befunnit sig i periferin eller helt utanför både neurologins och psykiatrins ansvarsområden, och patienterna har notoriskt fallit mellan stolarna. Ofta har det hänvisats till bristande kunskapsläge vad gäller mekanismer och behandling.

UTBILDNING OCH FORSKNING

Funktionella somatiska symtom och nya behandlingsperspektiv

PSYKODYNAMISK KÄNSLOFOKUSERAD KORTTIDSTERAPI HAR GOD EFFEKT

Daniel Marrel,
med dr, psykiatrik, specialist i korttidspsykiatri, Stockholm
• daniel.marrel@regiongastrikland.se

Beate Bekker,
specialist i psykiatri, Stockholm
• beate.bekker@regiongastrikland.se

Carl Sjöström,
med dr, psykiatrik, specialist i korttidspsykiatri, Stockholm
• carl.sjostrom@regiongastrikland.se

Den som är intresserad av funktionella neurologiska tillstånd (konversionssyndrom) har länge varit hänvisad till undagömda kapitel i psykiatriska och neurologiska läroböcker och till föreläsningar sent på dagen på neurologiska kongresser. Tillstånden har befunnit sig i periferin eller helt utanför både neurologins och psykiatrins ansvarsområden, och patienterna har notoriskt fallit mellan stolarna. Ofta har det hänvisats till bristande kunskapsläge vad gäller mekanismer och behandling.

Den som är intresserad av funktionella neurologiska tillstånd (konversionssyndrom) har länge varit hänvisad till undagömda kapitel i psykiatriska och neurologiska läroböcker och till föreläsningar sent på dagen på neurologiska kongresser. Tillstånden har befunnit sig i periferin eller helt utanför både neurologins och psykiatrins ansvarsområden, och patienterna har notoriskt fallit mellan stolarna. Ofta har det hänvisats till bristande kunskapsläge vad gäller mekanismer och behandling.

Den som är intresserad av funktionella neurologiska tillstånd (konversionssyndrom) har länge varit hänvisad till undagömda kapitel i psykiatriska och neurologiska läroböcker och till föreläsningar sent på dagen på neurologiska kongresser. Tillstånden har befunnit sig i periferin eller helt utanför både neurologins och psykiatrins ansvarsområden, och patienterna har notoriskt fallit mellan stolarna. Ofta har det hänvisats till bristande kunskapsläge vad gäller mekanismer och behandling.

DEBATT

Biopsykosocialt synsätt kan hjälpa vid långvariga covid-19-symtom

David Gyll, ST-läkare i allmänmedicin, Svartbackens VC, Uppsala

Carl Sjöström, överläkare, rehabiliteringsmedicinska kliniken, Sandvikens sjukhus

Tidigt förutsågs att covid-19 kunde ge besvär efter den akuta infektionsperioden, till exempel postintensivvårdssyndrom (post intensive care syndrome, PICS) med långvariga konsekvenser för livskvalitet hos ett stort antal patienter [1]. Nu fästs även uppmärksamhet på en grupp patienter med lindrigare men långdragna sjukdomsförlopp efter en konstaterad eller förmodad covid-19-infektion. Det förekommer en flora av symtom, och det finns inte alltid tydliga samband mellan infektion och symtomutveckling.

Tillstånd där samband mellan biomedicinsk orsak (disease) och subjektiva symtom (illness) är svåra att fastställa tenderar att ge upphov till polariserade debatter med biomedicinska förklaringar från ena sidan och psykosociala från den andra. Vi har redan sett



Podd

SFAMpen

SFAM

250117: Arwa Josefsson

250307: Märit Löfgren

250221: Johan Bengtsson

250428: Arwa Josefsson

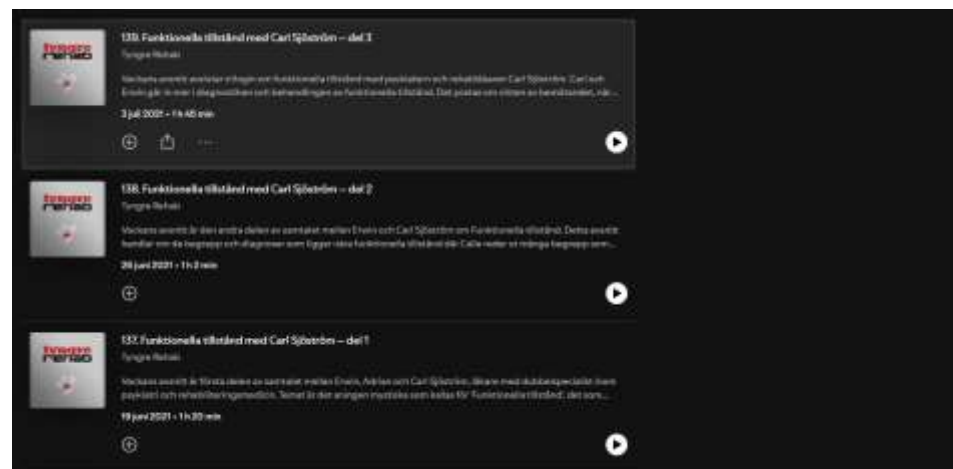
250502: Carl Sjöström



Podd

Tyngre Rehab

Tyngre

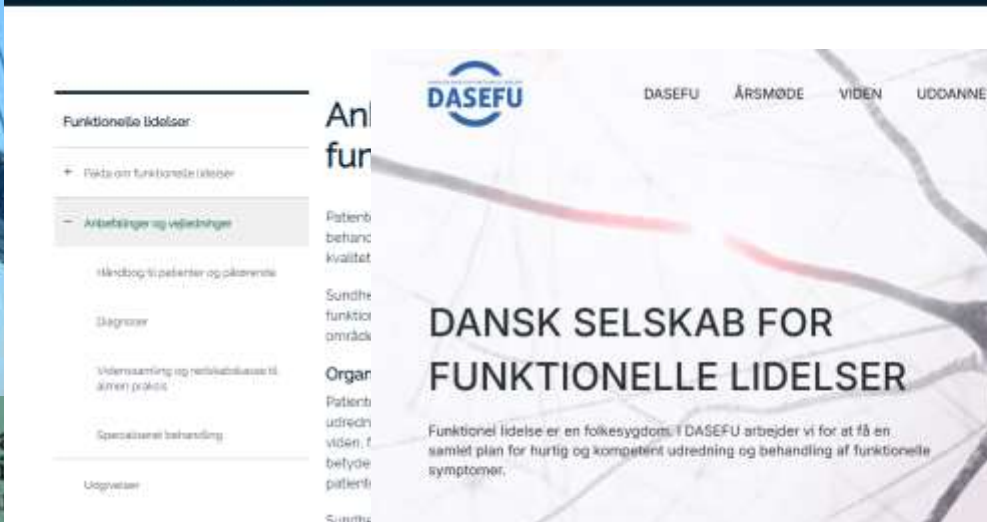




Funktionelle Lidelser



Viden og Redskaber til Almen Praksis



INFORMATION OM FUNKTIONELLE LIDELSER

Når kroppen siger fra



Funktionelle lid



hedsoplysning

Mestring af FUNKTIONEL LIDELSE



KURSBOG

Kan det vara något annat? Fejkar inte patienten?

DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

Sjukdomsångest (Hypokondri)



- Fixering vid att ha, eller riskera att drabbas av en allvarlig sjukdom.
- Upptagenhet vid symtom klart överdriven eller oproportionerlig
- Hög ångestnivå kring den egna hälsan
- Personen ägnar sig åt ett övermått av **hälsorelaterat beteende** (t.ex. gör upprepade kroppsundersökningar för att upptäcka sjukdomstecken), *eller* uppvisar ett malaptivt undvikande beteende (t.ex. undviker läkare och sjukhuskontakter)

(DSM 5)

Dysmorfofobi

- Fixering vid inbillad defekt eller brist i utseendet som inte är observerbar eller är obetydlig för andra.
- Repetitiva beteenden eller mentala handlingar (t.ex. konstant jämföra sig)



(DSM 5)

Vanföreställningssyndrom

- **Vanföreställning:**

- en felaktig övertygelse som baseras på felaktiga slutsatser rörande den yttre verkligheten
- är ett kontinuum, och ibland får man grunda sin bedömning enbart på patientens beteende

- **Somatisk form:** Huvudtemat i vanföreställningarna rör kroppsliga funktioner eller förnimmelser

(> 1 månad, i övrigt tämligen välfungerande)

Kult

Till Kulturformuleringsintervjun (KFI) samtalet vi

- 1) Förklarar
- 2) Funkti
- 3) Socialt r
- 4) Psykos
- 5) Andlighe
- 6) Kulturell
- 7) Sjukdom
- 8) Relation
- 9) Ungdom
- 10) Äldre p
- 11) Migran
- 12) Vårdar

Transkulturellt Centrum
REGION STOCKHOLM

Lyssna Language Fyll i ett sökord

Start Våra kunskapsområden Utbildning och nätverk Råd och stöd Hälsokommunikation Kunskapsstöd Om oss

Våra kunskapsområden Transkulturell psykiatri Kulturformuleringsintervjun som stöd

Kulturformuleringsintervjun (KFI) som stöd

Om en patient säger att hens problem beror på "djinner", kan det vara ett tecken på psykos? Eller är det en religiöst och kulturellt färgad syn på problemet?

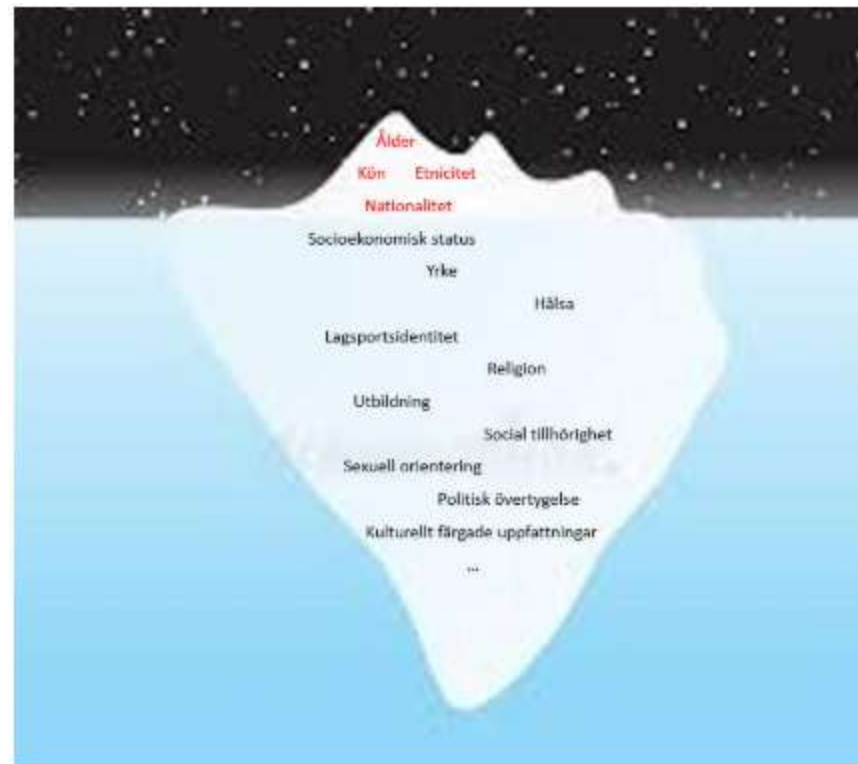
För att ta reda på det är Kulturformuleringsintervjun (KFI) ett gott stöd. Det är en intervjuguide som ingår i den psykiatriska [diagnoshandboken DSM-5](#) (Habilitering & Hälsa, Region Stockholm).

Kulturformuleringsintervjun består av 16 öppna frågor som låter patienten berätta om sin syn på problem, situation och förväntningar på vård och stöd. Använd intervjun som ett komplement till övrig diagnostik och när du utforskar betydelsen av kultur och kontext i mötet med din patient. Den här metoden har all fokus på patienten och är användbar även för patienter utan migrationsbakgrund.

I filmen nedan ser du hur intervjun kan användas.



ör fördjupning av



Cultural concepts of illness (DSM-5)



Kulturellt färgade begrepp, benämningar, förklaringar och symtombildningar som används i lokala, kulturella och sociala grupper; dvs närmast lokalt formade och använda sjukdomskategorier

Kulturella syndrom: ett kluster av symtom i en specifik kulturell grupp (*Ex. Ataque de nervios, Dhat, Nervios, Shenjing shuairuo, Susto, Taijin kyofusho*)

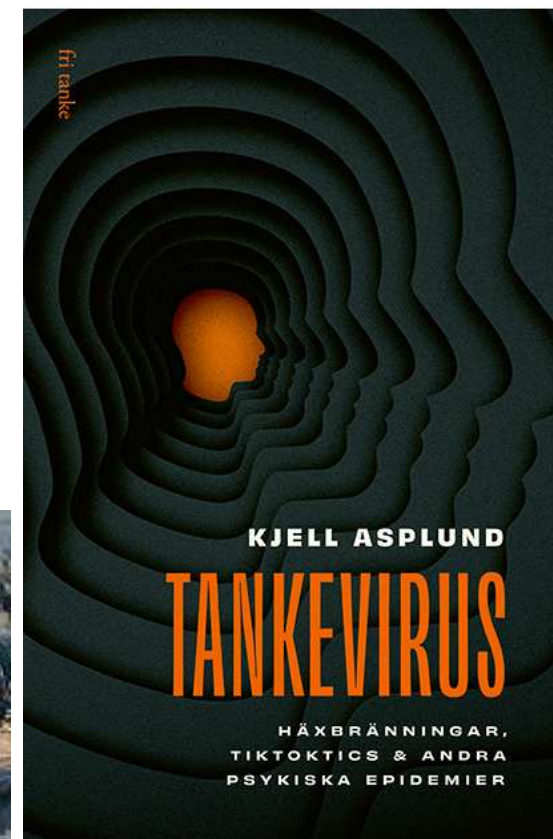
Kulturella uttryck för lidande: sätt att tala om lidande bland människor i en kulturell grupp

Kulturella förklaringar eller uppfattningar om orsakssamband för symtom, sjukdom eller lidande

Sociogena epidemier

”Masshysterier”

- Övergående föreställningar om symtom och orsaker
- Sprids i ett socialt sammanhang



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.

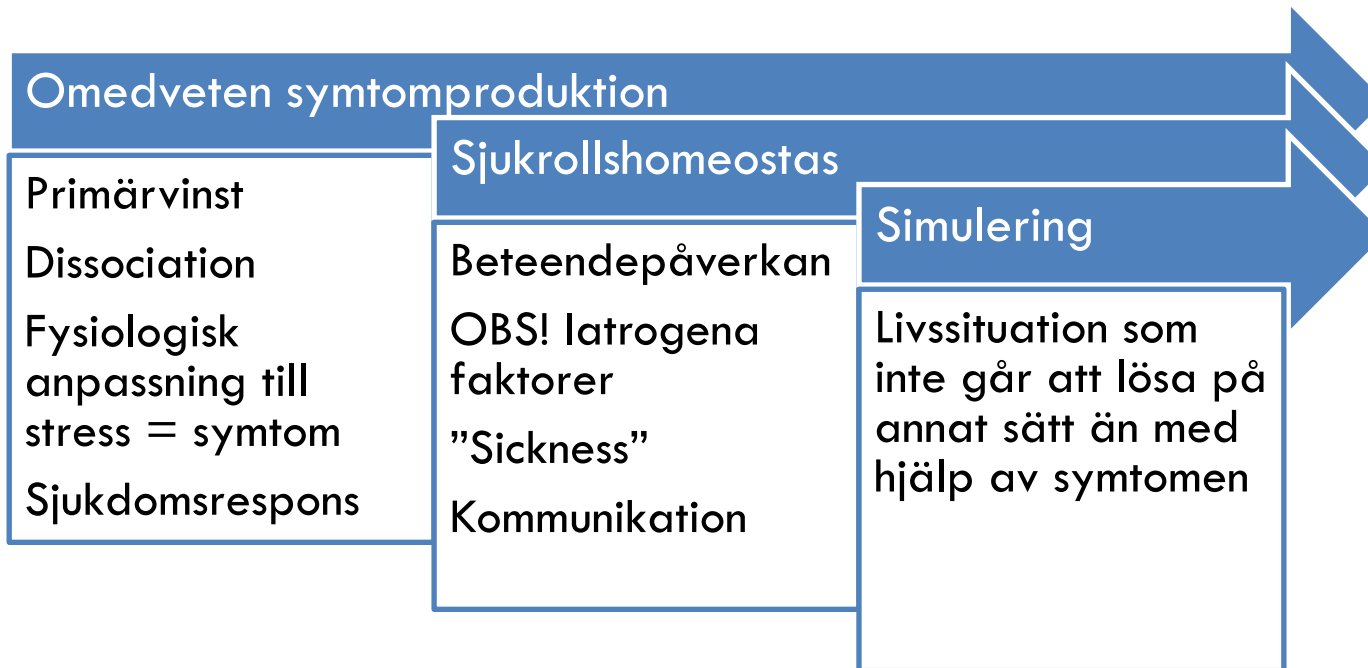


Simulering (*Malingering*) (Z76.5)

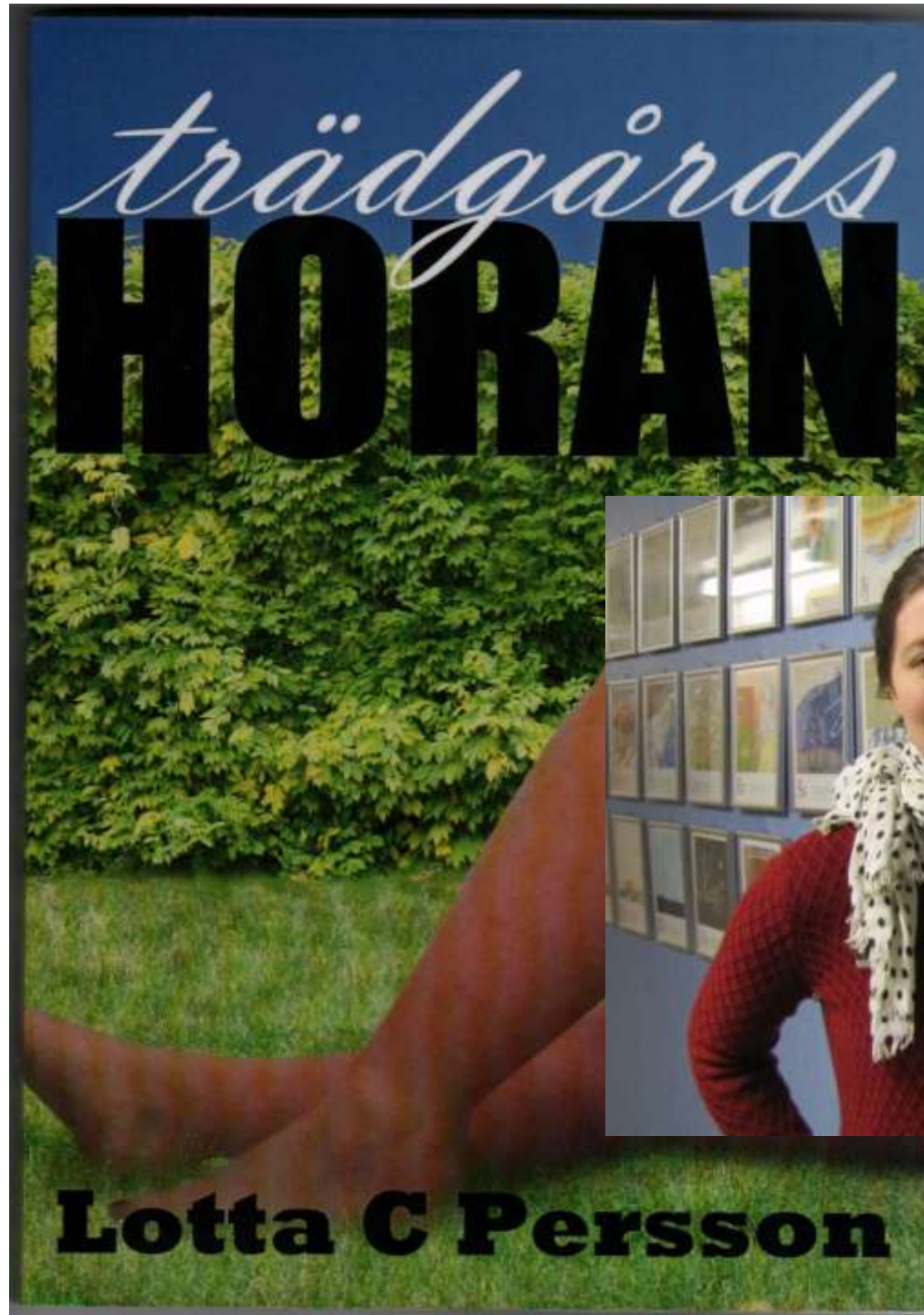
- Medvetet bedrägligt beteende.
- Sekundärvinst = påhitt/överdrift av symtom i syfte att uppnå externa fördelar
- Droger, bidrag, uppehållstillstånd etc



EN SOMATISERINGS- SIMULERINGSPROCESS



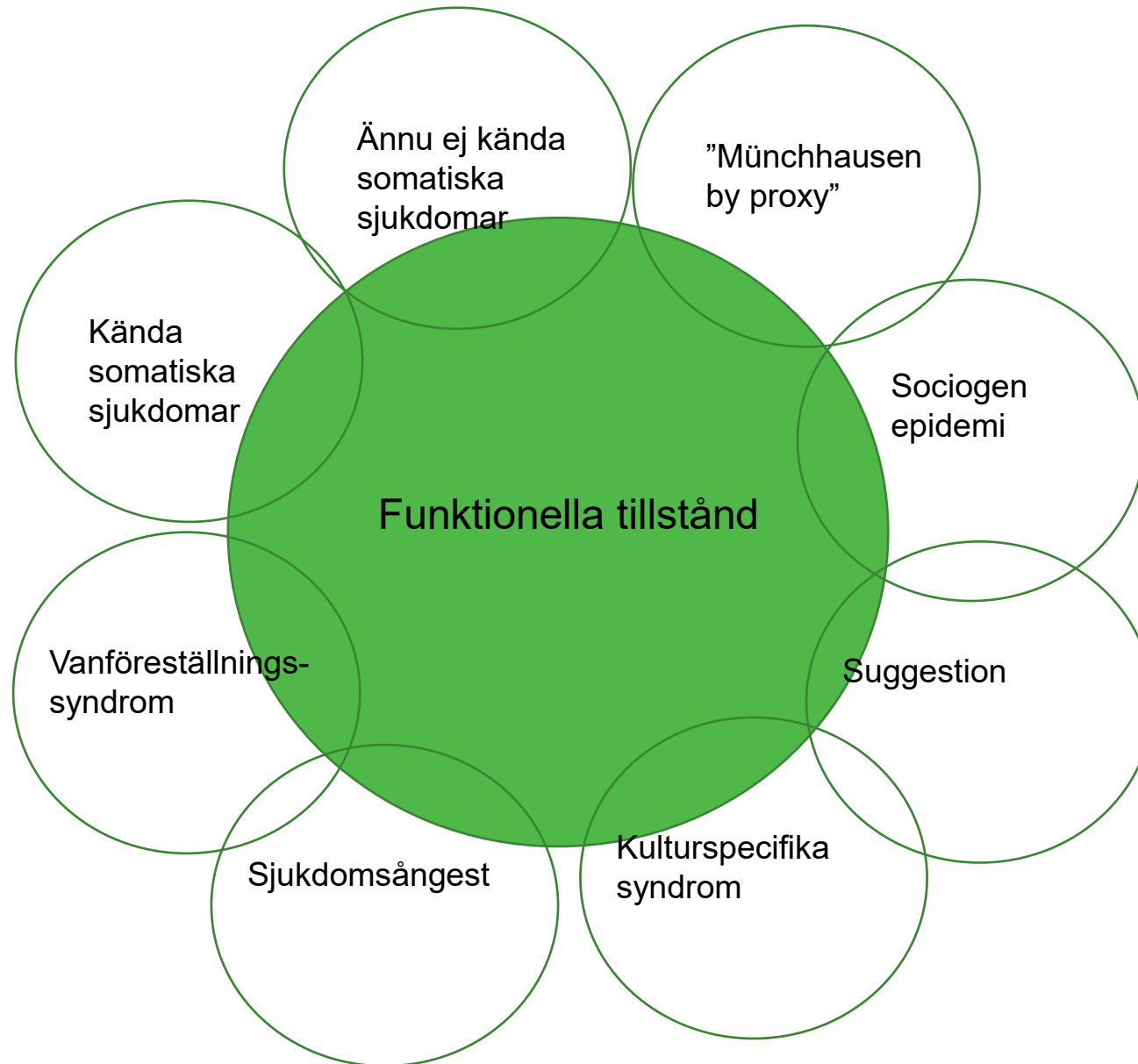
Något som börjar som en omedveten kroppslig reaktion kan med tiden bli sjukroll och – hos vissa en medveten simulering



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, "straffa någon", få en "kick" etc.	Externt behov – att uppnå fördelar



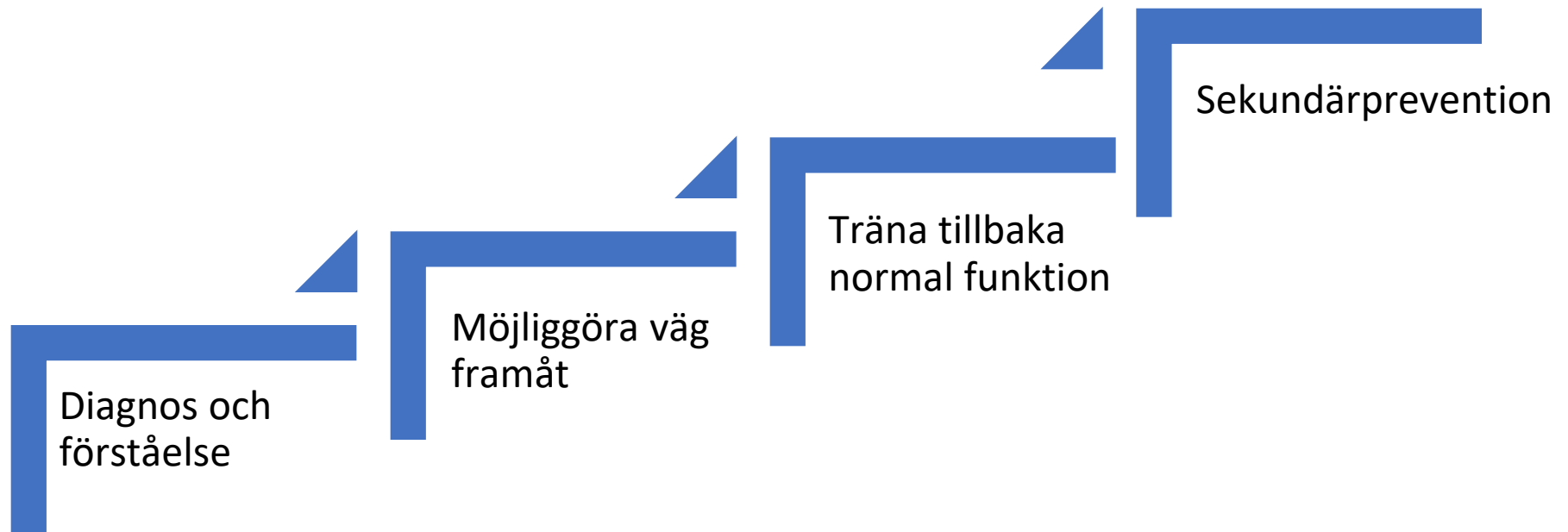


BEHANDLINGS- PRINCIPER

*Diagnostik och förklaringsmodell
alltid nödvändig*



Behandlingstrappa



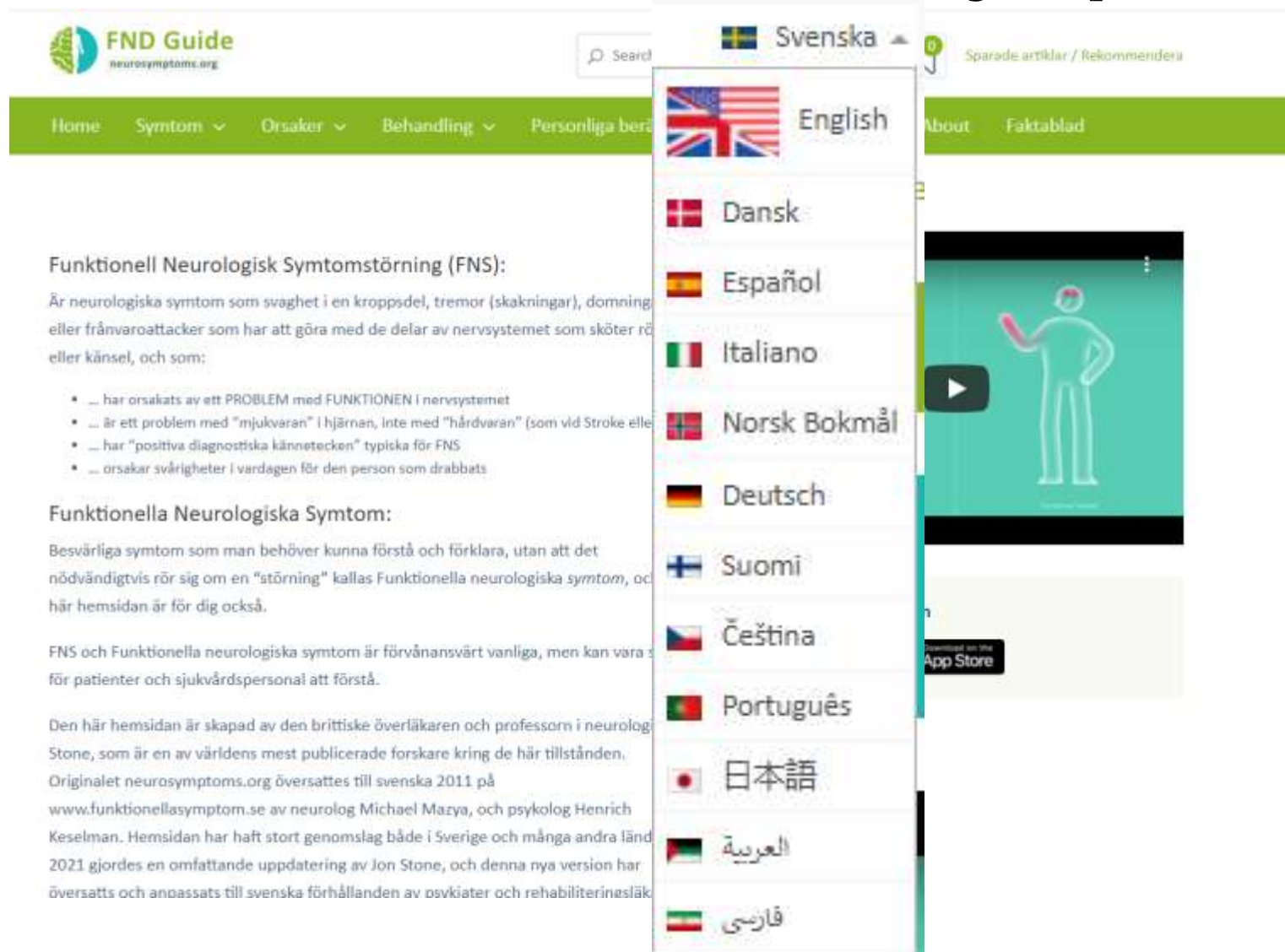
POSITIV DIAGNOSTIK



POSITIV DIAGNOSTIK



2011 + 2021: www.neurosymptoms.org



The screenshot shows the FND Guide website with a language selection dropdown menu open. The menu lists the following languages: Svenska (Swedish), English, Dansk (Danish), Español (Spanish), Italiano (Italian), Norsk Bokmål (Norwegian Bokmål), Deutsch (German), Suomi (Finnish), Čeština (Czech), Português (Portuguese), 日本語 (Japanese), العربية (Arabic), and فارسی (Persian). The website content is in Swedish and discusses Functional Neurological Symptom Disorder (FNS).

Funktionell Neurologisk Symptomstörning (FNS):
Är neurologiska symtom som svaghet i en kroppsdel, tremor (skakningar), domningar eller frånvaroattacker som har att göra med de delar av nervsystemet som sköter rörelse eller känsel, 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
- ... har "positiva diagnostiska kännetecken" typiska för FNS
- ... orsakar svårigheter i vardagen för den person som drabbats

Funktionella Neurologiska Symtom:
Besvärliga symtom som man behöver kunna förstå och förklara, utan att det nödvändigtvis rör sig om en "störning" kallas Funktionella neurologiska *symtom*, och här hemsidan är för dig också.

FNS och Funktionella neurologiska symtom är förvånansvärt vanliga, men kan vara svåra för patienter och sjukvårdspersonal att förstå.

Den här hemsidan är skapad av den brittiske överläkaren och professorn i neurologi Jon Stone, som är en av världens mest publicerade forskare kring de här tillstånden. Originalet www.neurosymptoms.org översattes till svenska 2011 på www.funktionellasymptom.se av neurolog Michael Mazya, och psykolog Henrich Keselman. Hemsidan har haft stort genomslag både i Sverige och många andra länder. 2021 gjordes en omfattande uppdatering av Jon Stone, och denna nya version har översatts och anpassats till svenska förhållanden av psykiater och rehabiliteringsläkare.



Prof. Jon Stone

Patientinformation

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



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 låter sig utmanas och inte blir rädd att närma sig sina egna gränser. En del människor med ett funktionellt tillstånd kan ha en tendens att variera mycket i sin aktivitetsnivå, vilket ofta leder till en förvärring av symtomen.

Peters utmaning: att hitta balansen mellan aktivitet och vila

"Jag har alltid varit en sån som aldrig gör något halvdant. 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 fixa något i mitt hus slutade jag först när det var perfekt."

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

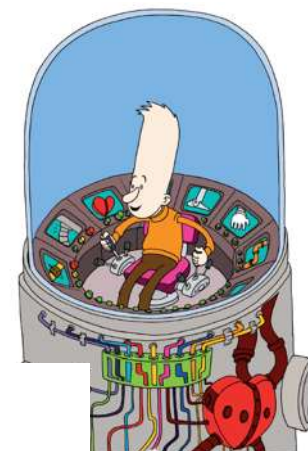
"Det svåraste var nog mitt eget dåliga tillägnande. Jag kunde helt enkelt inte acceptera att det skulle gå så långsamt. När jag första gången märkte att jag blev bättre blev jag så glad att jag tog på mig löparskoorna och sprang 5 km. Det ledde till att jag låg i sängen hela nästa dag."

18

Symtom

I vardagen upplever alla människor symtom, som inte är tecken på en sjukdom i kroppen. Vid funktionella tillstånd uppstår det symtom med en sådan svårighetsgrad som gör att de leder till oro eller påverkar personen i vardagen. Symtomen har blivit en sjukdom. Ibland handlar det om många symtom, och man kan dela in dem som i tabellen nedan. För vissa människor med ett funktionellt tillstånd ändrar sig symtomen eller flyttar runt i kroppen.

Typiska symtom vid funktionella tillstånd	
Allmänna symtom	Trott, Koncentrationsvärigheter, Huvudvärk, Minnessvårigheter, Yrsel.
Symtom från mage och tarm	Frekventa lösa avföringar, Magvärk, Uppblåsthet, Spännings- eller tyngdkänsla i magen, Diarré, Sura uppstötningar, Illamående, Brännande känsla i bröstet eller övre magen.
Symtom från hjärta och lungor	Hjärtklappning, Tryck över bröstet, Andfåddhet utan ansträngning, Varm- eller kallsvettning, Muntorhet.



tröskeln, som styr och övervakar hela kroppen, att "filter" som sorterar bort oviktiga signaler till.

5



KOMFORTUTVECKLING ÖVERBELASTNING

Konsten är att söka utmaning utan att bli överbelastad.

Och utan att gå vill.

19





Chloe Saunders

national symptoms come about, become persistent and how these processes can be reversed. We will combine this with research from people with direct experience of living with symptoms.



Journal of Psychosomatic Research

Volume 183, August 2024, 111827

Participatory design of bodysymptoms.org: An interactive web resource to explain multisystem functional somatic symptoms

Chloe Saunders  , Maria Gordon, Cecilia Righini, Heidi Frølund Pedersen,
Charlotte Ulrikka Rask, Chris Burton, Lisbeth Frostholt



Journal of Psychosomatic Research

Volume 166, March 2023, 111155

Explanations for functional somatic symptoms across European treatment settings: A mixed methods study

Chloe Saunders ^{a b}  , Høbe Treufeldt ^d, Mette Trøllund Rask ^{a b}, Heidi Frølund Pedersen ^{a b},
Charlotte Rask ^{a c}, Chris Burton ^d, Lisbeth Frøstholm ^{a b}



Journal of Psychosomatic Research

Volume 165, February 2023, 111134

EAPM Paper

Quality assessment and stigmatising content of Wikipedia articles relating to functional disorders

Brodie McGhie-Fraser ^{a,2} , Mais Tattan ^{b,1}, Verónica Cabreira ^c, Asma Chaabouni ^a, Aleksandra Kustra-Mulder ^d, Nick Mamo ^{b,e}, Caoimhe McLoughlin ^c, Lina Münker ^f, Saya Niwa ^g, Anna Maria Pampel ^d, Tara Petzke ^h, Franziska Regnath ⁱ, Caroline Rometsch ^j, Abigail Smakowski ^d, Chloe Saunders ^k, Hölbe Treufeldt ^l, Angelika Weigel ^d, Judith Rosmalen ^b

Show more ▾

2024

Welcome to Bodysymptoms.

Explore the mind-body mechanisms behind common functional-symptoms.

Bodysymptoms.

FORKLÄRINGAR

↓

HISTORIER

RESSOURCER

FAQS

2025

Bienvenido a bodysymptoms

Explorar los mecanismos mente-cuerpo que subyacen a los síntomas funcionales



2024

Velkommen til Bodysymptoms.

Udforsk de mekanismer, der ligger til grund for almindelige funktionelle symptomer.

2025

Välkommen till Bodysymptoms.

Utforska de mekanismer som ligger bakom vanliga funktionella symptom.



Welkom bij bodysymptoms.

Ontdek de lichaam-geest mechanismen achter veelvoorkomende functionele symptomen.

Bodysymptoms is een participatief ontwerponderzoekproject.



Välkommen till Bodysymptoms.

Utforska de mekanismer som ligger bakom vanliga funktionella symtom.



Patientinformation



Långvarig smärta
– vad är det och vad kan
jag göra åt det?



regiongavleborg.se



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

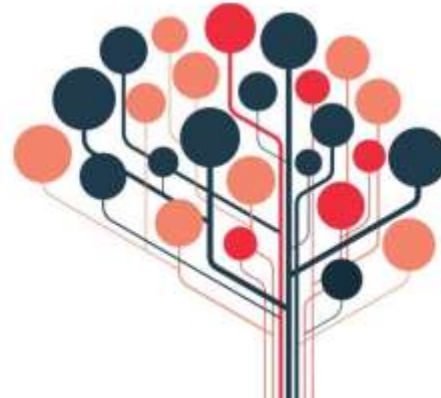
Disclaimer

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

Viktigt på Riktigt

[Hem](#)[Guider](#)[Böcker](#)[Appar](#)[Länkar](#)[För sjukvården](#)[Kontakta oss](#)

Vad är viktigt på riktigt för dig?

Förbättra din egen och/eller dina patienters hälsa



Viktigt på riktigt har som mål att bidra till individers hälsa. Vi litar på människor och deras förmågor att förbättra sina egna liv och att sjukvårdens viktigaste uppgift är att främja hälsa. Viktigt på riktigt är politiskt och ekonomiskt obundet. Viktigt på riktigt är helt gratis och reklamfri för dig som individ och dig som arbetar i vården.

Välkommen!

www.viktigtpariktigt.nu

Recovery Norge

Recovery Norge er en forening for de som har opplevd tilfriskning fra CFS/ME og andre medisinsk uforklarte tilstander. Vårt mål er å skape forståelse om de aktuelle helseproblemene og gi håp om tilfriskning basert på våre medlemmers erfaringer og innsikt – og på den måten hjelpe dem som er syke og lider i dag.

Les våre medlemmers erfaringer og finn

Våre nyeste frisk-historier

[Les frisk-historier](#)

[Se Recovery Norge](#)



En stor åpenbaring å oppdage at jeg hadde makten til å gjøre meg selv frisk.

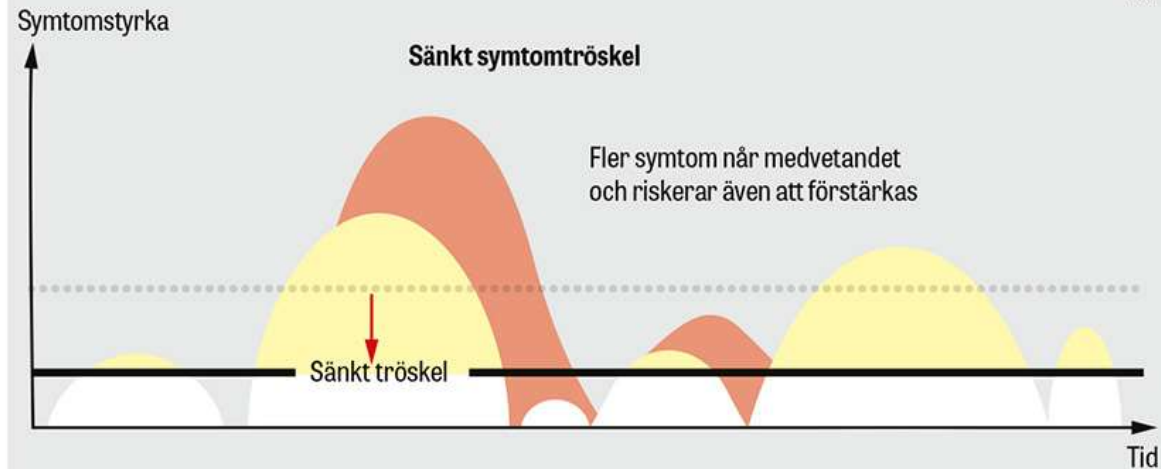
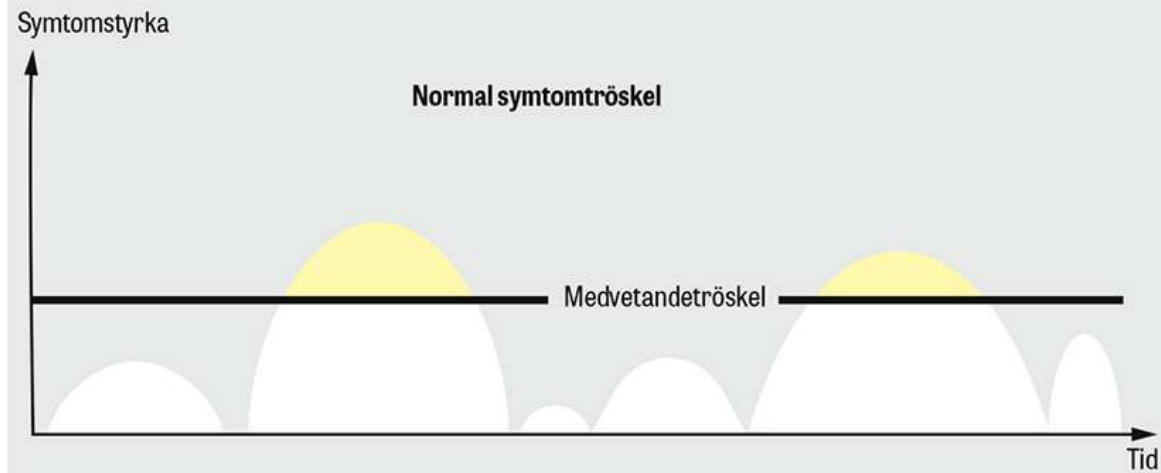


Fire år etter at symptomene mine begynte, er jeg nå helt restituert. Jeg kan lett tilbringe en dag i Disneyland og neste dag i Paris!



Veien tilbake til livet – fra utmattelse til livsglede

Symtomtröskeln



► Kroppens ständiga filtrering av intryck kan beskrivas som en tröskel som avgör om en förnimmelse ska nå medvetandet. Hur man riktar sitt fokus påverkar också vilka signaler man uppmärksammar. Ett symptom som tolkas som något farligt ökar uppmärksamheten på detta och liknande symtom (se även figur »Somatosensorisk förstärkning«), vilket leder till att de förstärks. Andra symtom som tidigare filtrerats bort uppmärksammas plötsligt, det vill säga tröskeln sänks. Detta kan leda till en ond spiral där fokus på symptomen ökar ytterligare och ger upphov till mer oro, och därmed ännu fler och mer påtagliga symtom. Oron kan också via sympatikuspåslag ge upphov till andra symtom som kan förstärka uppfattningen att något måste vara fel i kroppen.

**Symtomtröskeln
sänks vid
hypervigilans och
kan påverkas av
information**

Hälsofrämjande kommunikation

Vanlig formulering

»Nu sticker det till!«
»Det kan ta tid att bli frisk ...«
»Det verkar inte vara något farligt ...«
»Är du stressad?«

(Otydligt, osäkert, negativt)

Negativ förväntan, osäkerhet

Alternativ formulering

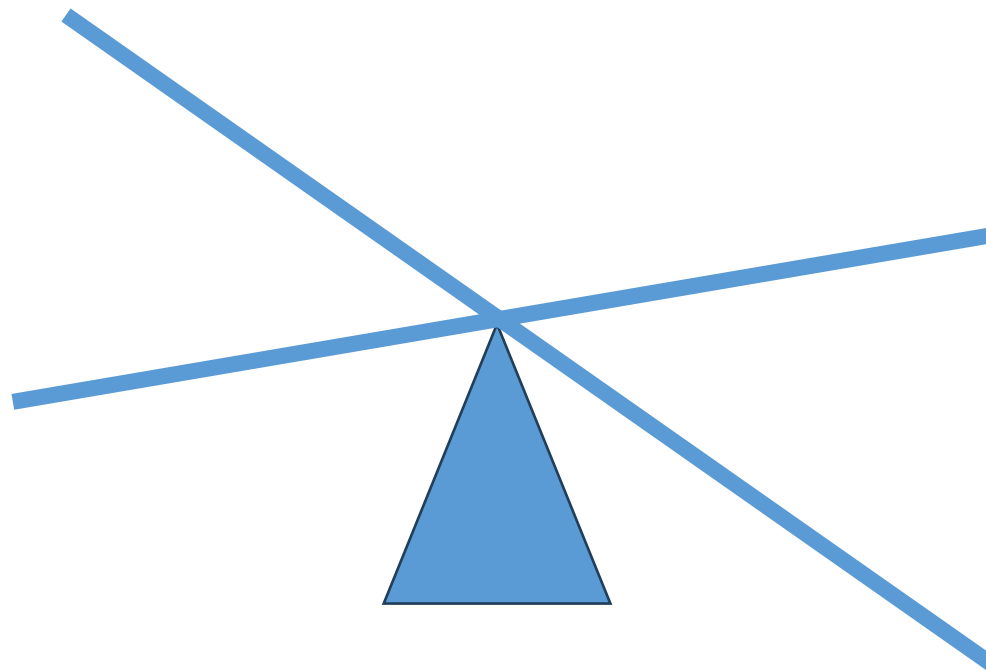
»Nu lägger jag bedövningen.«
»Det läker ut med tiden.«
»Allt ser ut som det ska.«
»Jag hör att detta varit tufft för dig ...«

(Tydligt, konkret, neutralt/
positivt, icke-anklagande)

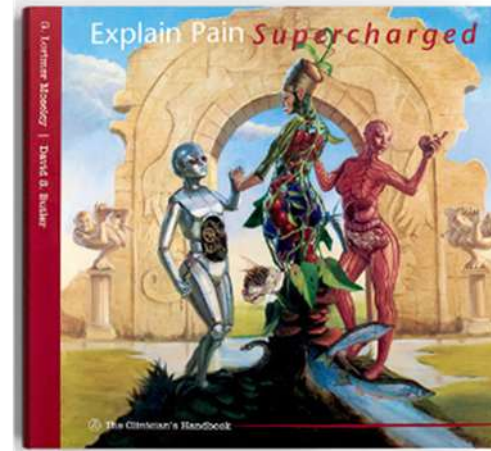
Positiv förväntan, trygghet



Underhållsläge



Försvarsläge



Moseley, Butler 2017



tell me about
your pain

curable



A Podcast Where Real
Chronic Pain Sufferers Meet
Science-Backed Solutions 🌟

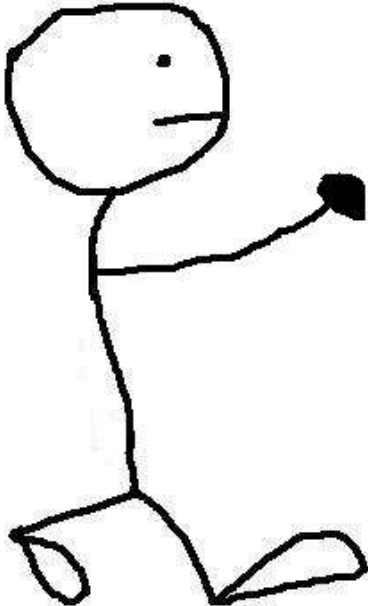
Join us as our expert hosts help listeners
overcome obstacles to healing through
evidence-based techniques.

Apple Podcasts Spotify

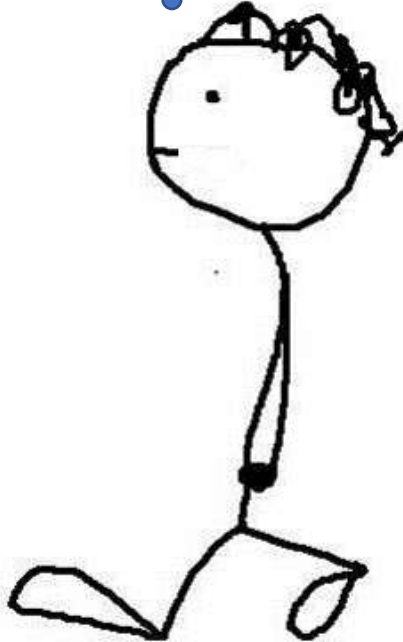
Google Podcasts

Behandlingssteg 1

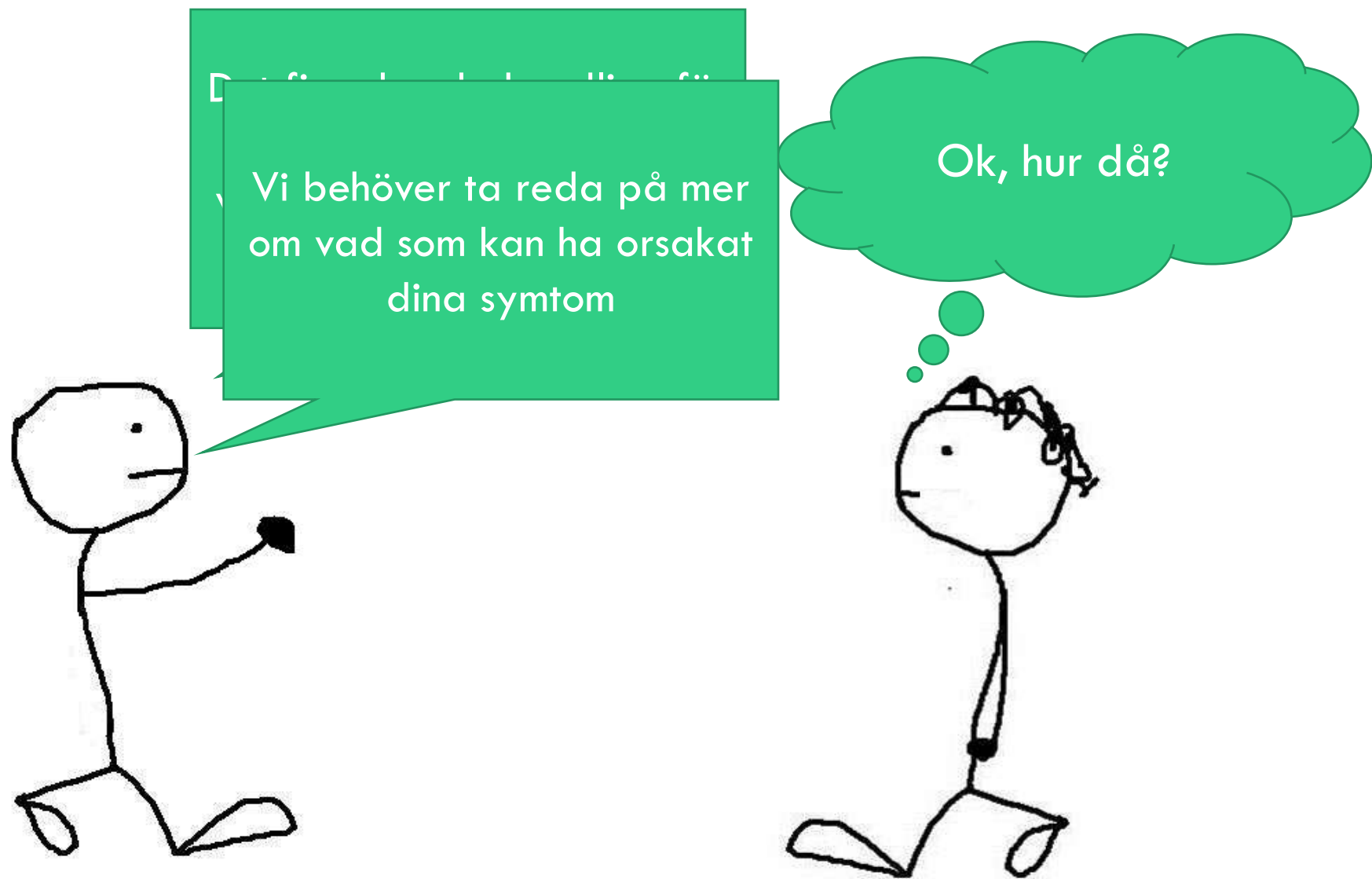
ÖVERENSKOMMELSE OM DIAGNOS OCH FÖRKLARINGSMODELL

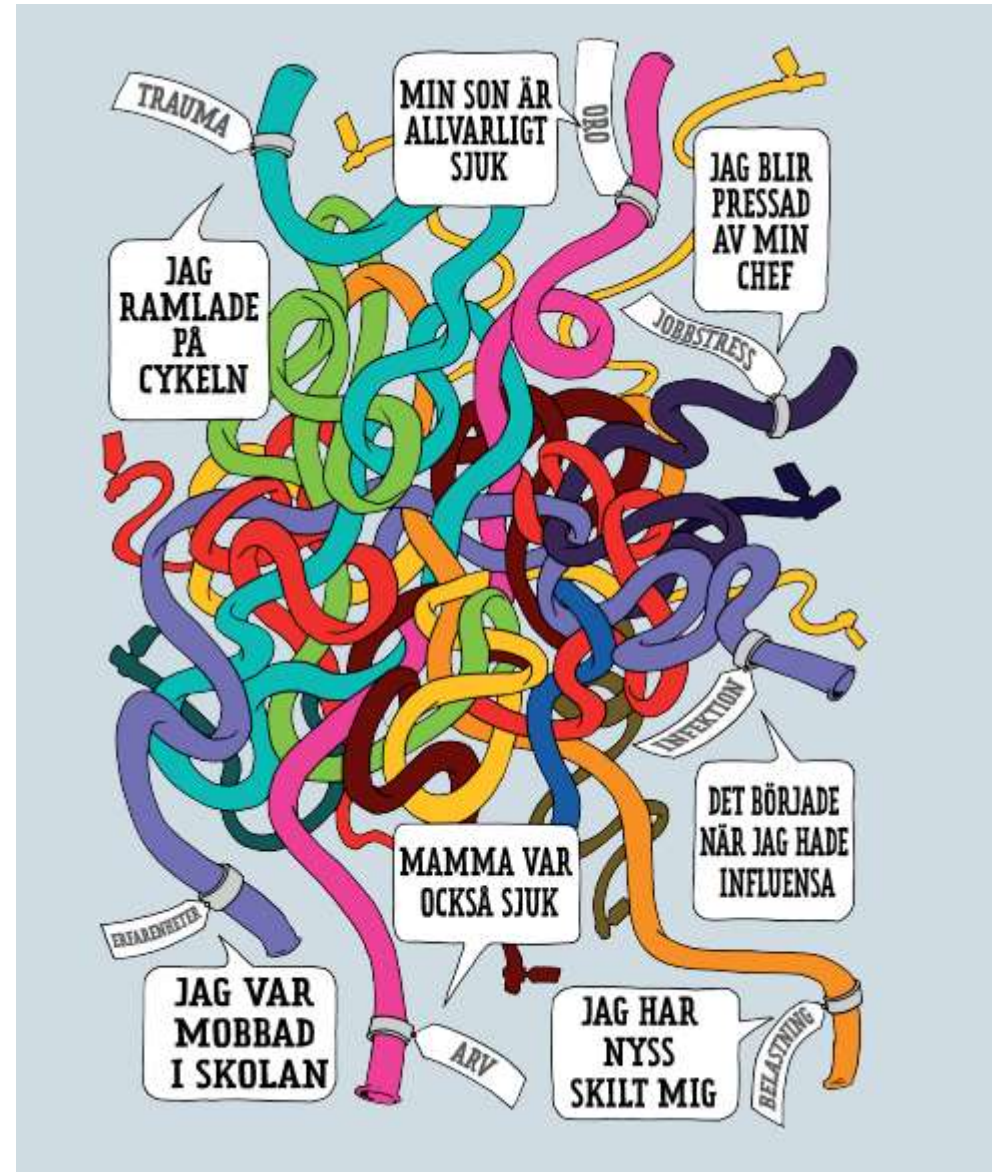
A simple black stick figure with a round head, a single dot for an eye, and a horizontal line for a mouth. It is standing on two legs and has its right arm extended forward.

Det finns bra behandling för
ditt tillstånd, men det är
viktigt att vi är överrens om
hur vi kan förstå det

A simple black stick figure with a round head, a single dot for an eye, and a horizontal line for a mouth. It is standing on two legs and has its right hand on its forehead. Above its head is a large blue thought bubble with three smaller circles leading to it.

Jag är beredd
att ge det ett
försök





	Predisponerande	Utlösande	Upprätthållande
Biologiska			
Sociala			

HUR GÖR VI PRAKTISKT?

	Predisponerande	Utlösande	Upprätthållande
Biologiska			
Psykologiska			
Sociala			
Iatrogena			

	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

BIOPSYKOSOCIAL TIDSLINJE



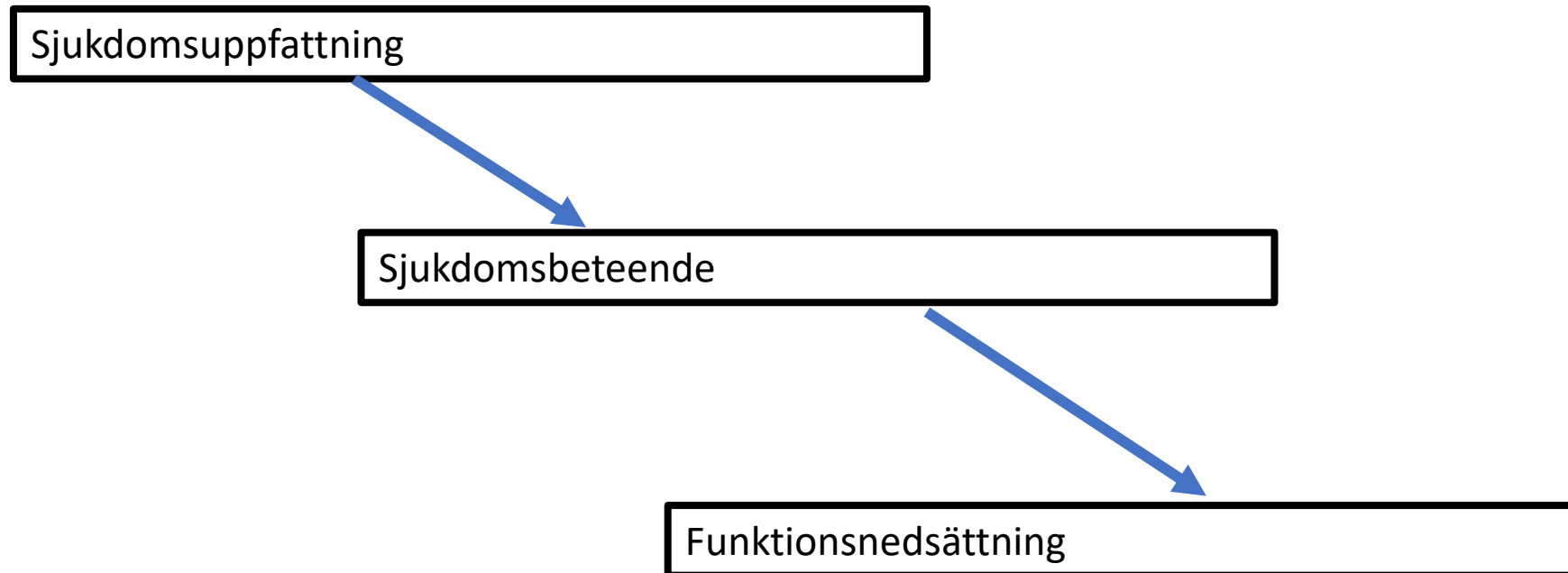
År						
Bio						
Psyko						
Socialt						

Varför så viktigt med förklaringsmodell?

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

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

Diagnosis for **Chronic Fatigue** Syndrome (CFS)



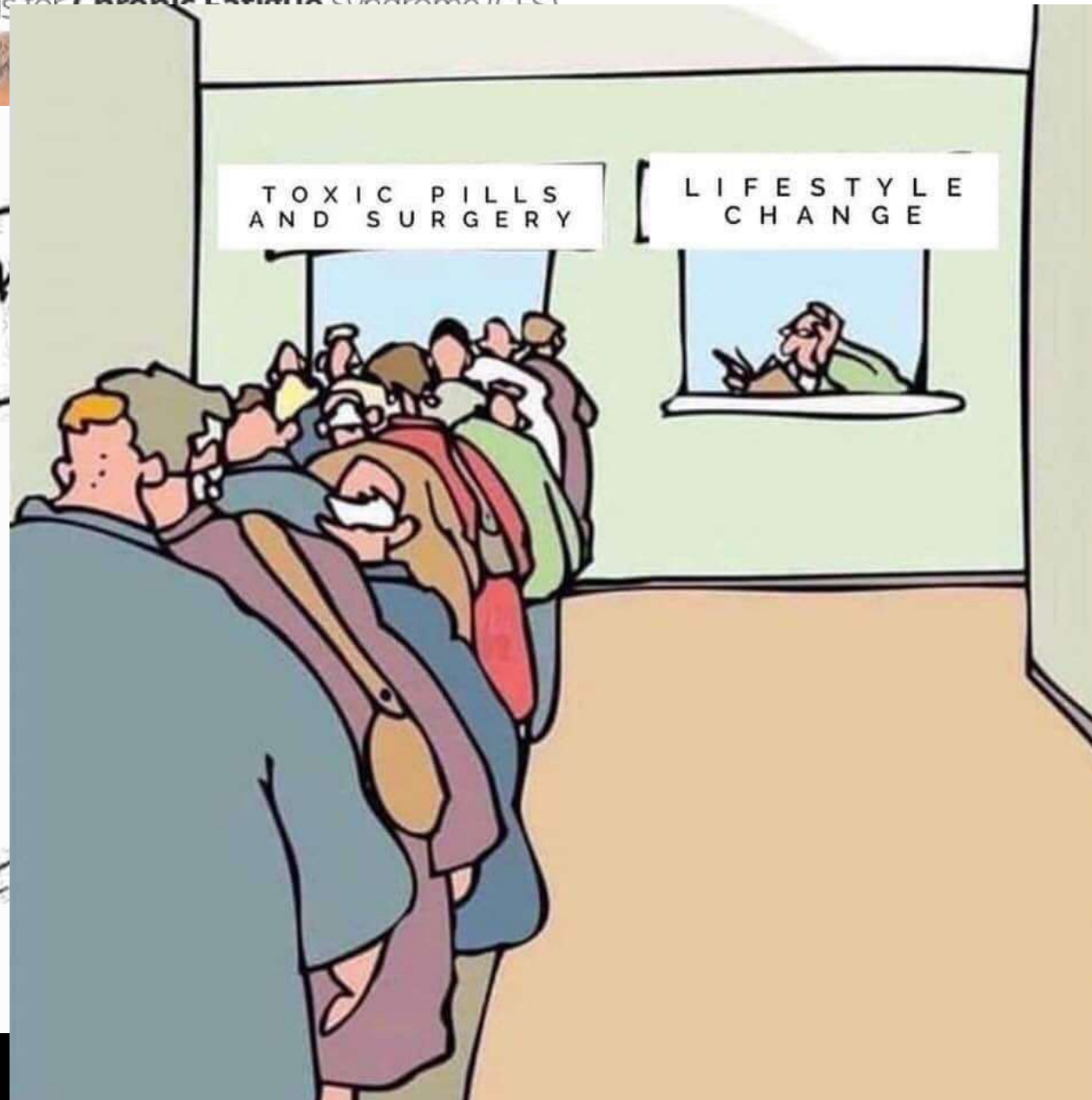
.se)



(Tommaso Masaccio)



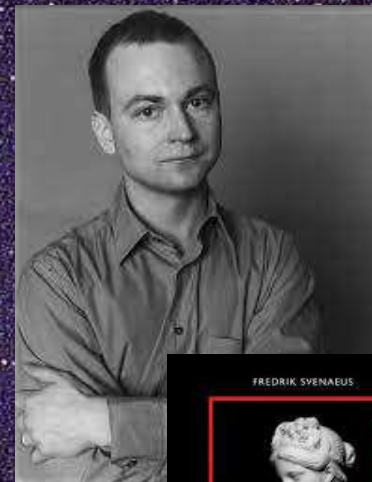
(windawareireland.com)



Mark Starr, M.D.

awareireland.com)

*"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."*



ATT FÖRKLARA: TIPS



För tidigt
fokus på
psykologiska
förklaringar
brukar kunna
försvåra
arbetet.



Prata
”somatiska”
med
patienten



Enkla MEN
MEDICINSKT
TROVÄRDIGA
förklaringar



Träna på metaforer



Patientinformationsmaterial

Nå, Hur ska jag förklara?

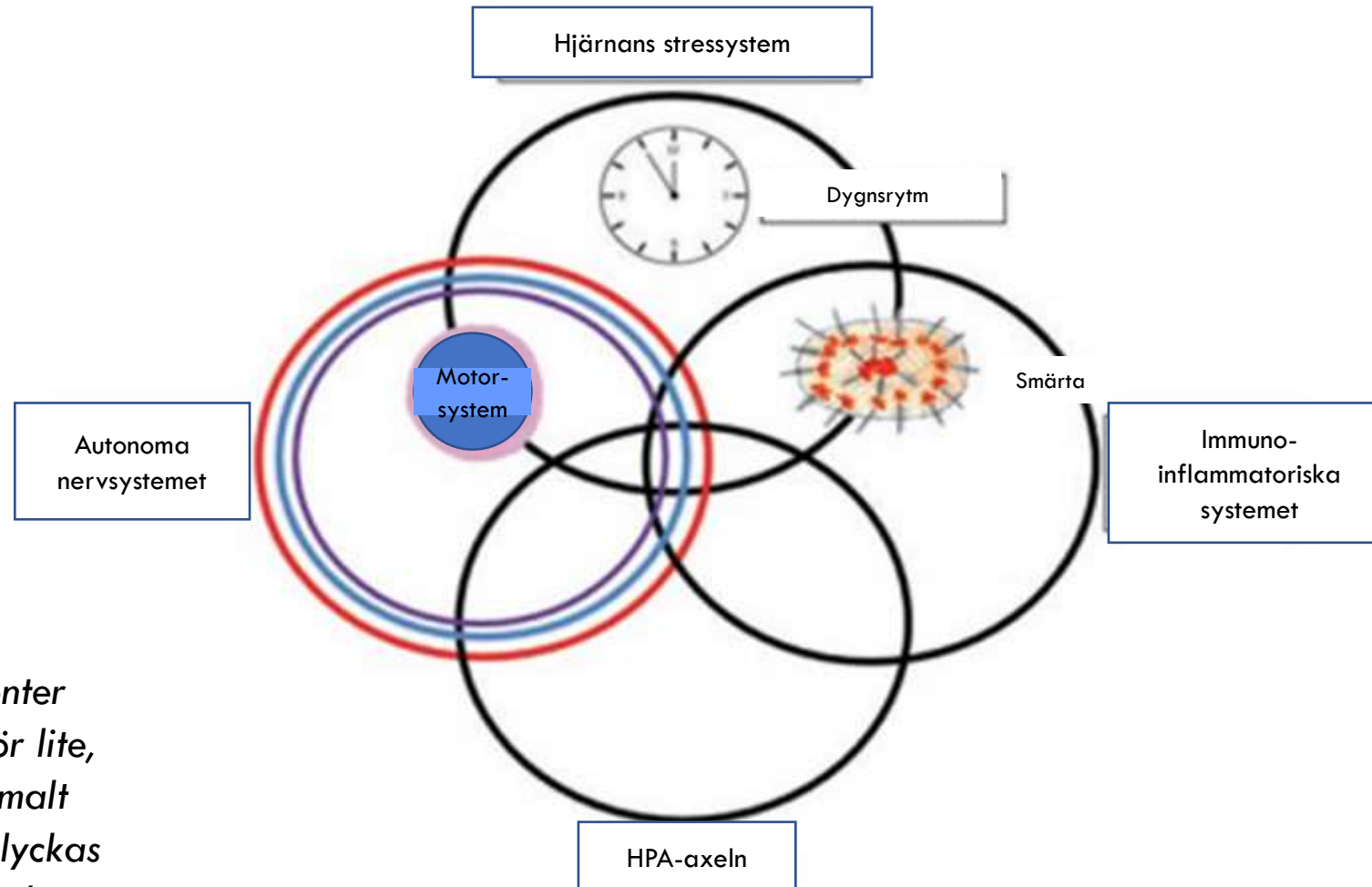


- Olika patienter, olika nivåer
- Kan ta ett tag

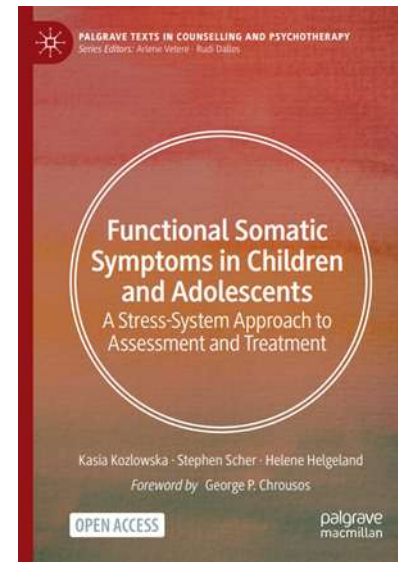
Gemensam nämnare förklaringsmodeller

”DYSREGLERAT FÖRSVARSSYSTEM”



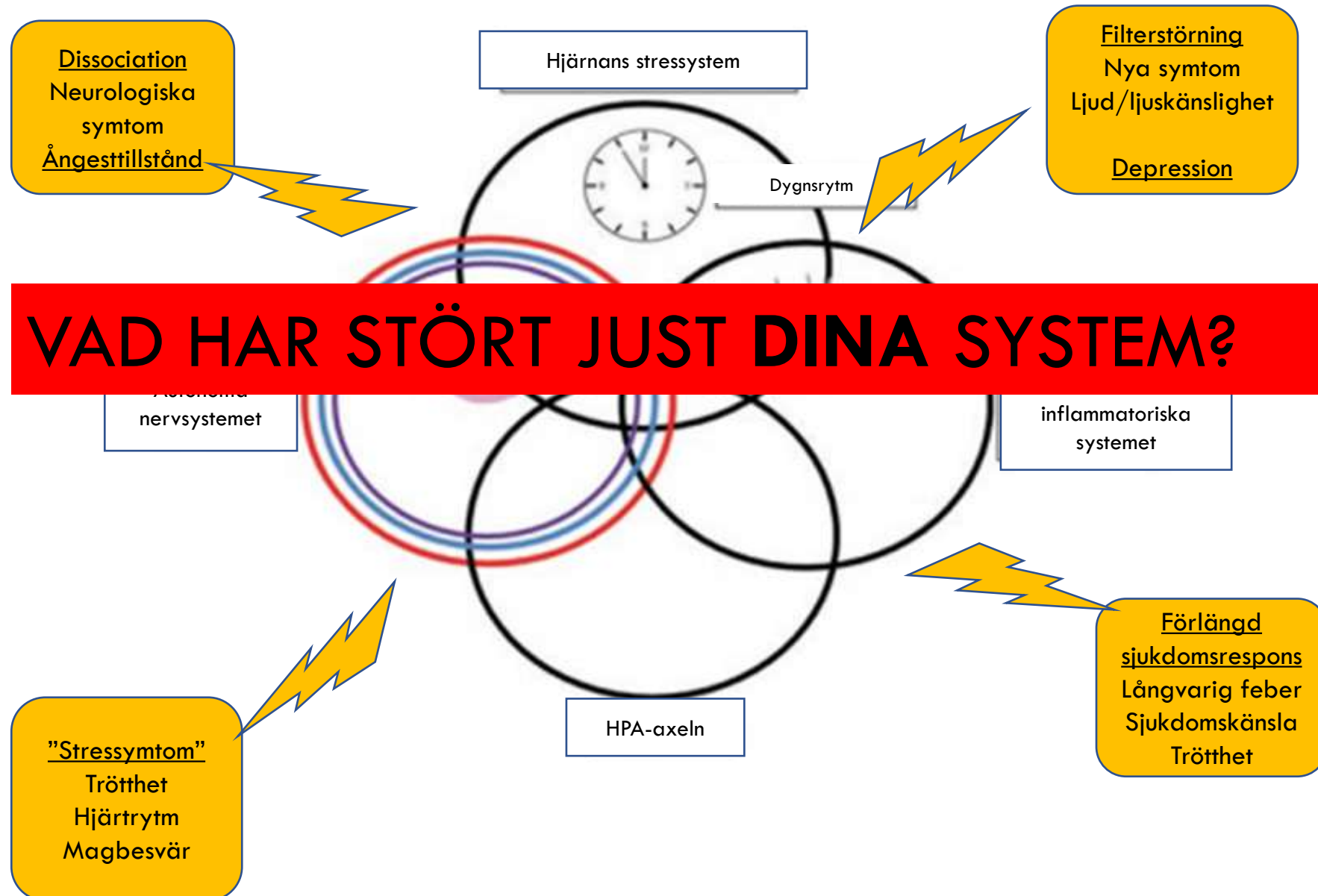


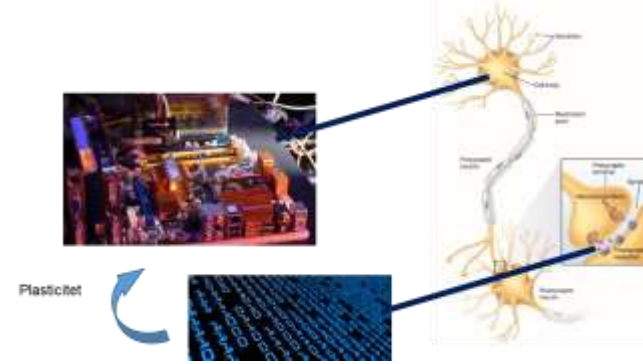
"När en eller flera av stresssystemets komponenter aktiveras för mycket, för lite, för länge eller på onormalt sätt – eller om det inte lyckas återgå till normalläge – kan funktionella symtom uppstå". (p70)



Stress-system-modellen för funktionella somatiska symtom:
Slottsfästningsmetaforen



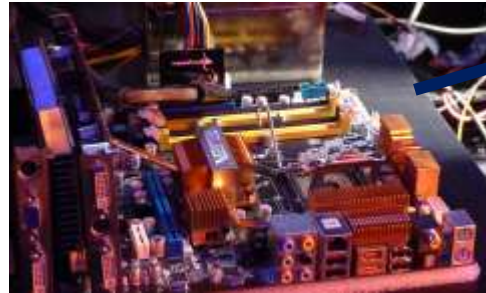




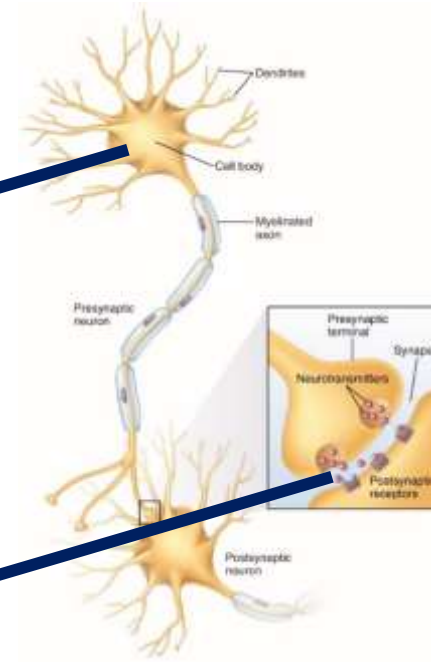
Gemensam nämnare förklaringsmodeller

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

Dissociation

Exempel

Funktionella anfall
Funktionell förlamning
Funktionell blindhet



Pierre Janet (1859-1947)

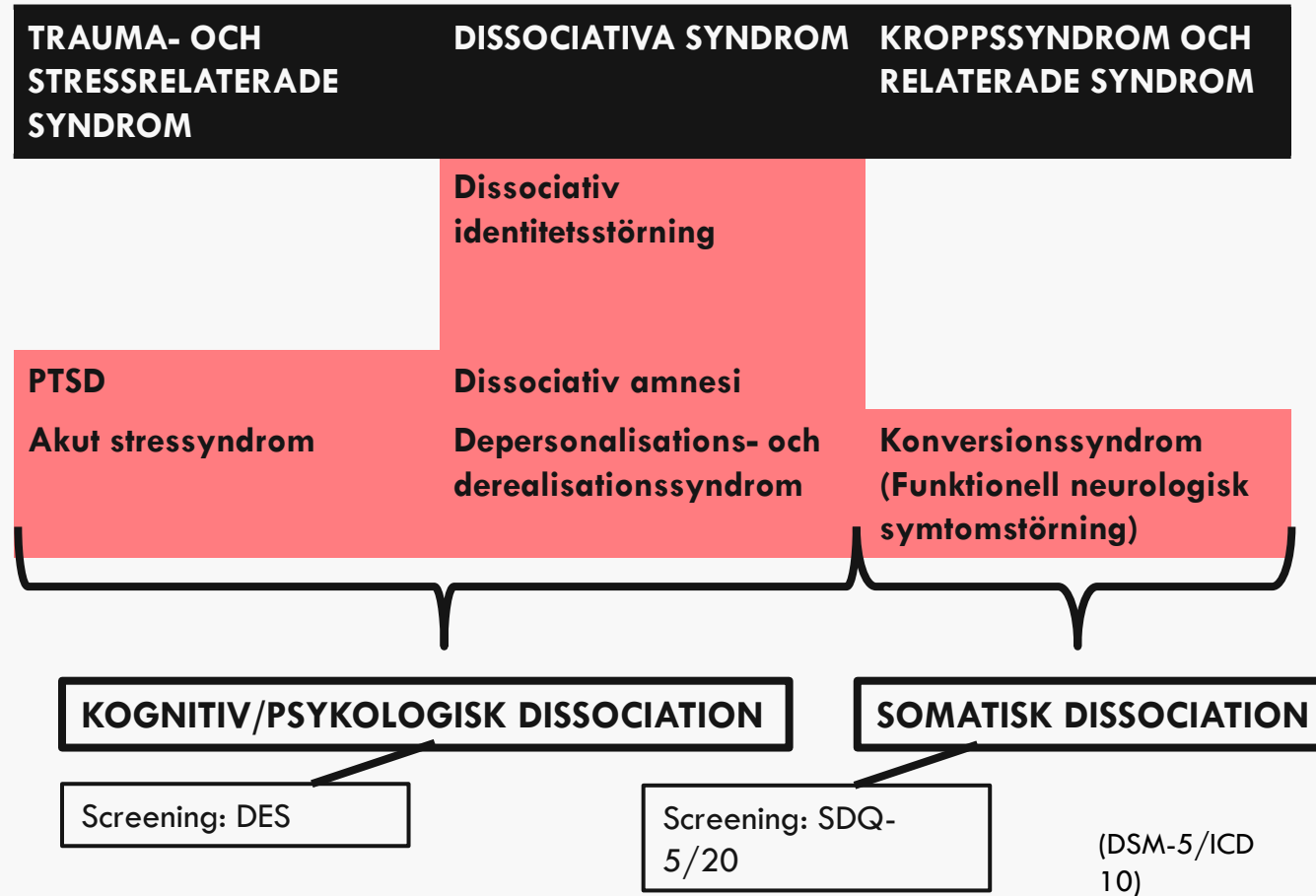


Hospital Pitié-Salpêtrière



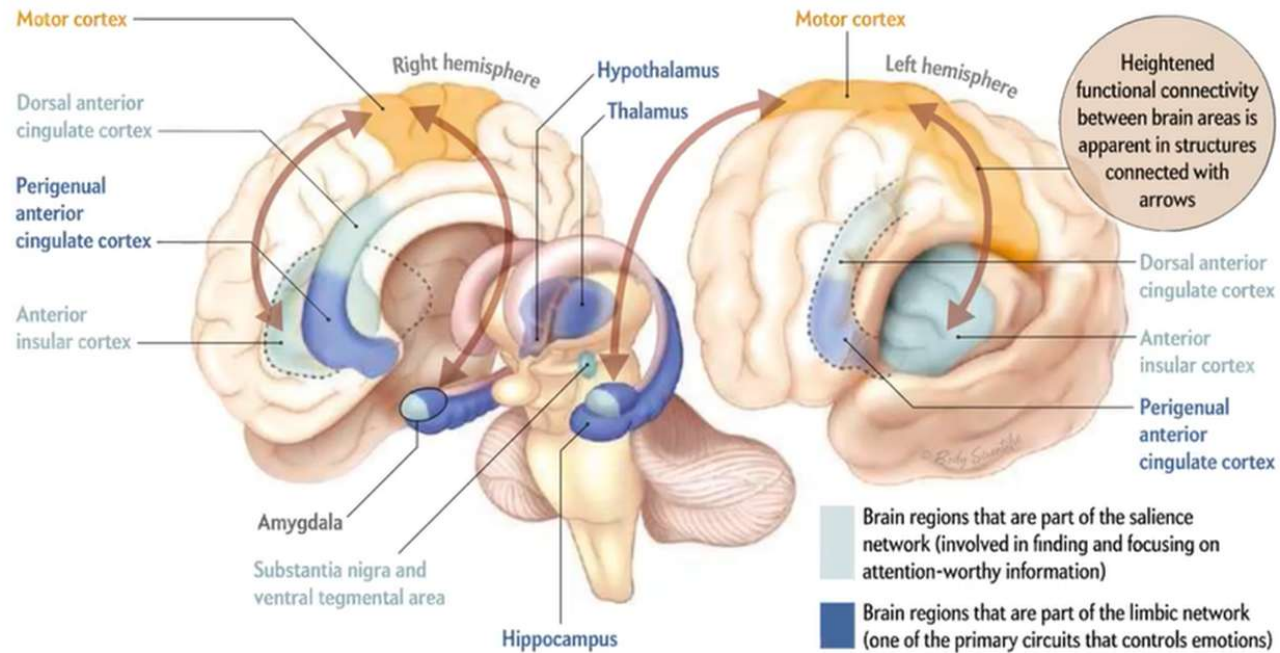
"A Clinical Lesson at the Salpêtrière"
Pierre Aristide André Brouillet.
Jean-Martin Charcot /Marie "Blanche" Wittmann

VAD PRATAR VI OM 2026?



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

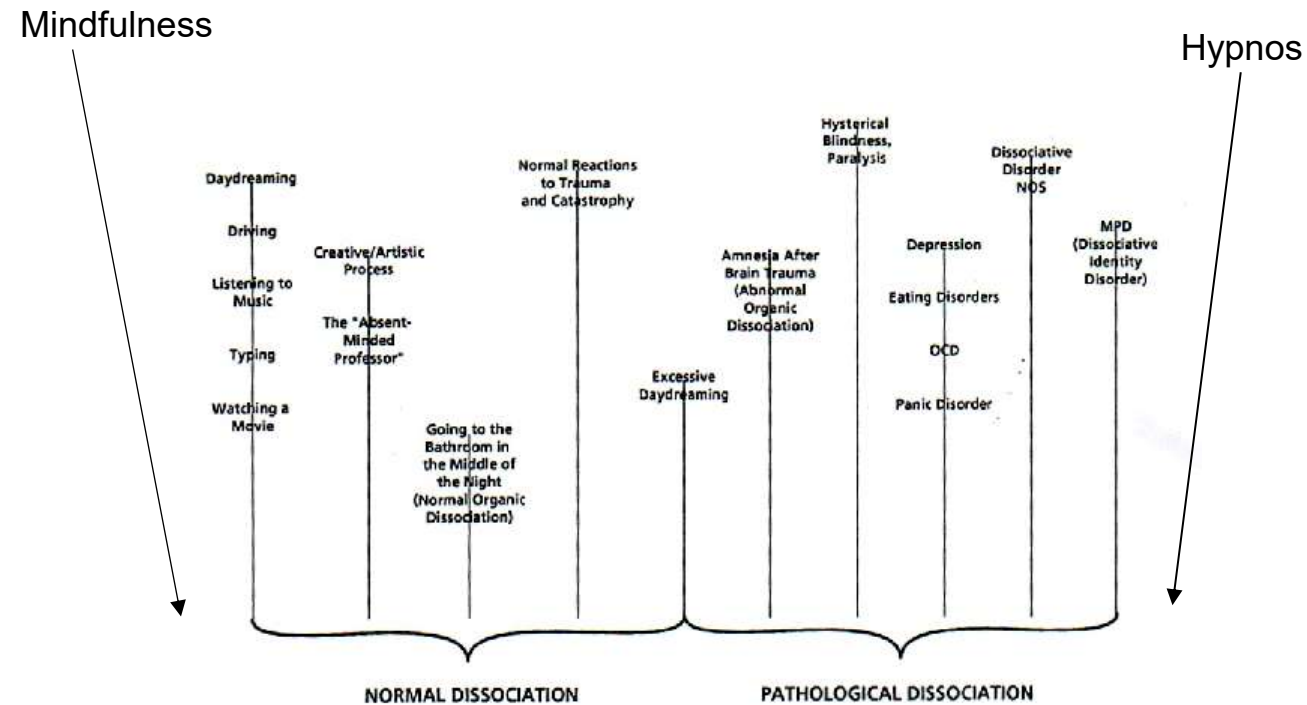
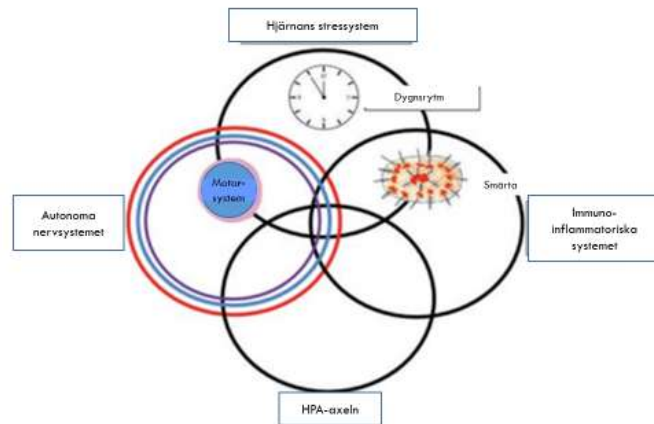


Figure 2. The Continuum of Dissociation

Phillips & Frederick,
1995

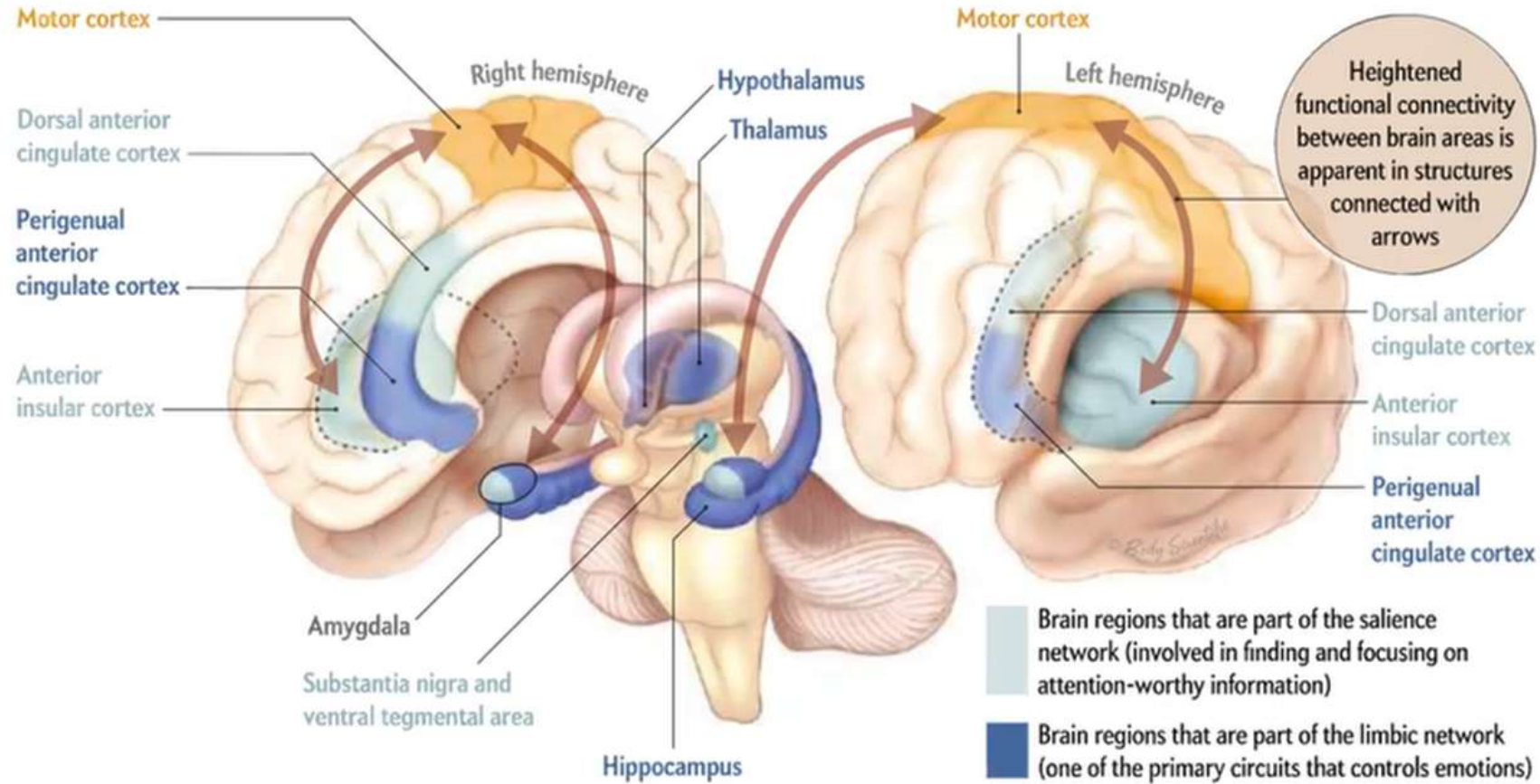
DISSOCIATION

- 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)



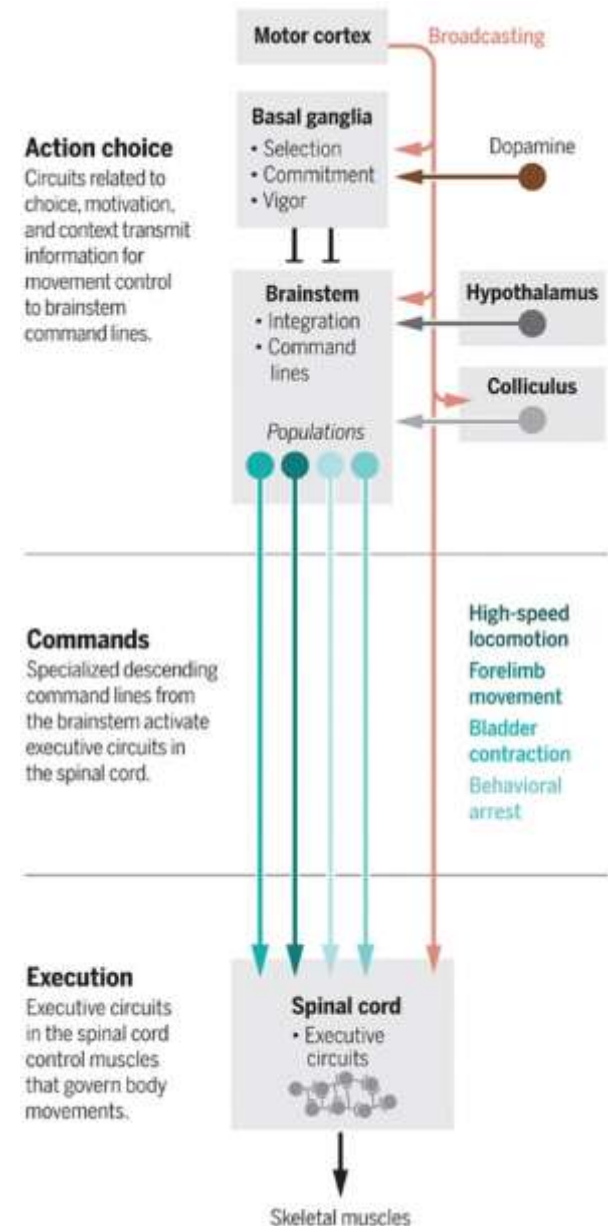
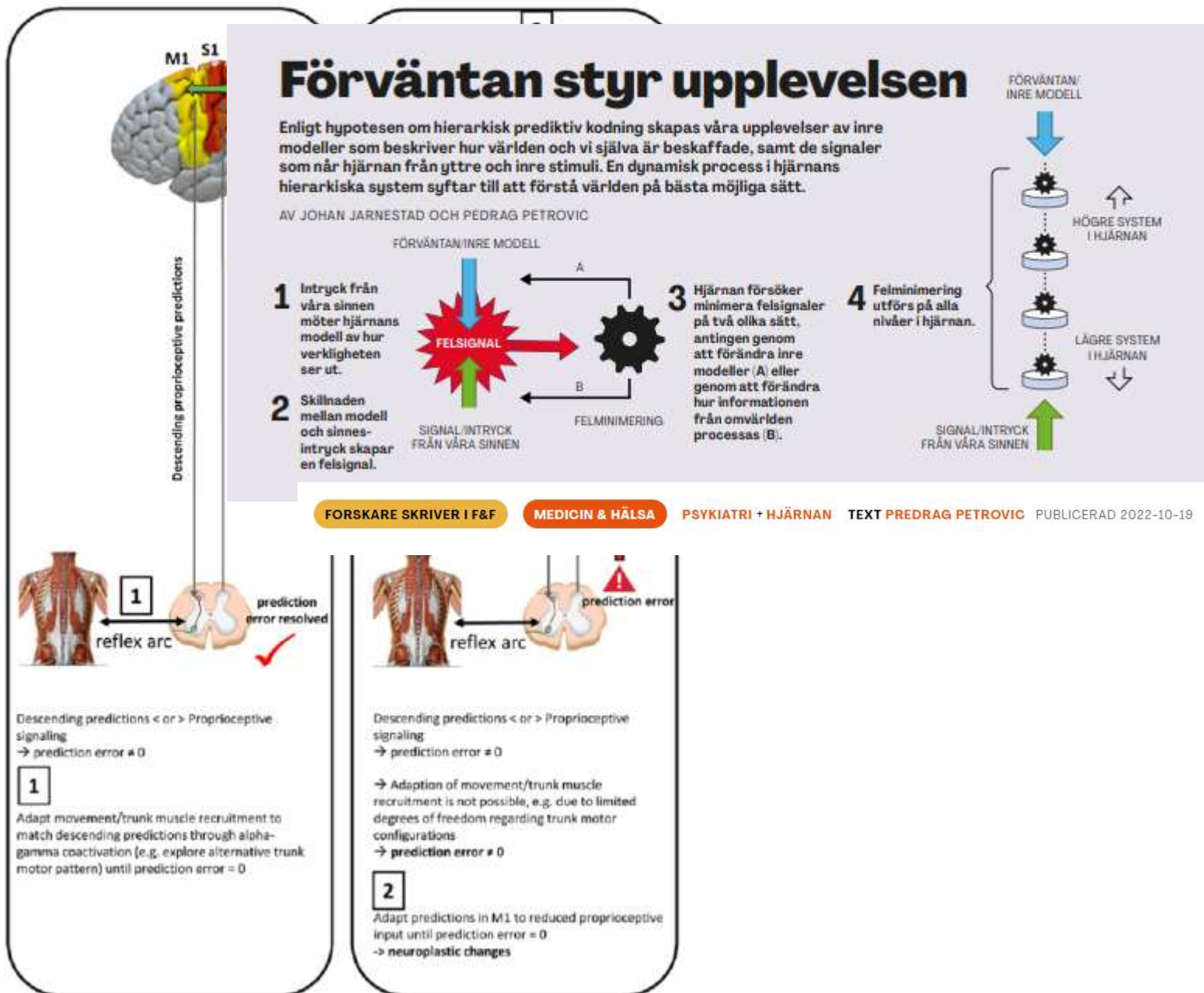
Globus, talsvårigheter, ansiktsförlamning

FÖRÄNDRINGAR I MOTORISK KONTROLL



A. Increased trunk motor variability (e.g. loose control strategy)

B. Reduced trunk motor variability (e.g. tight control strategy)





shutterstock.com · 1859925916

Ljudkänslighet, tinnitus, yrsel

FÖRÄNDRINGAR I KROPPSUPPFATTNING



Somatosensorisk amplifiering: Upprepat fokus på svaga eller sällan förekommande förnimmelser och att tolka dem som onormala, patologiska och tydande på sjukdom leder till att *Upplevelsen förstärks!*

(Mycket vanligt vid sjukdomsångest.)

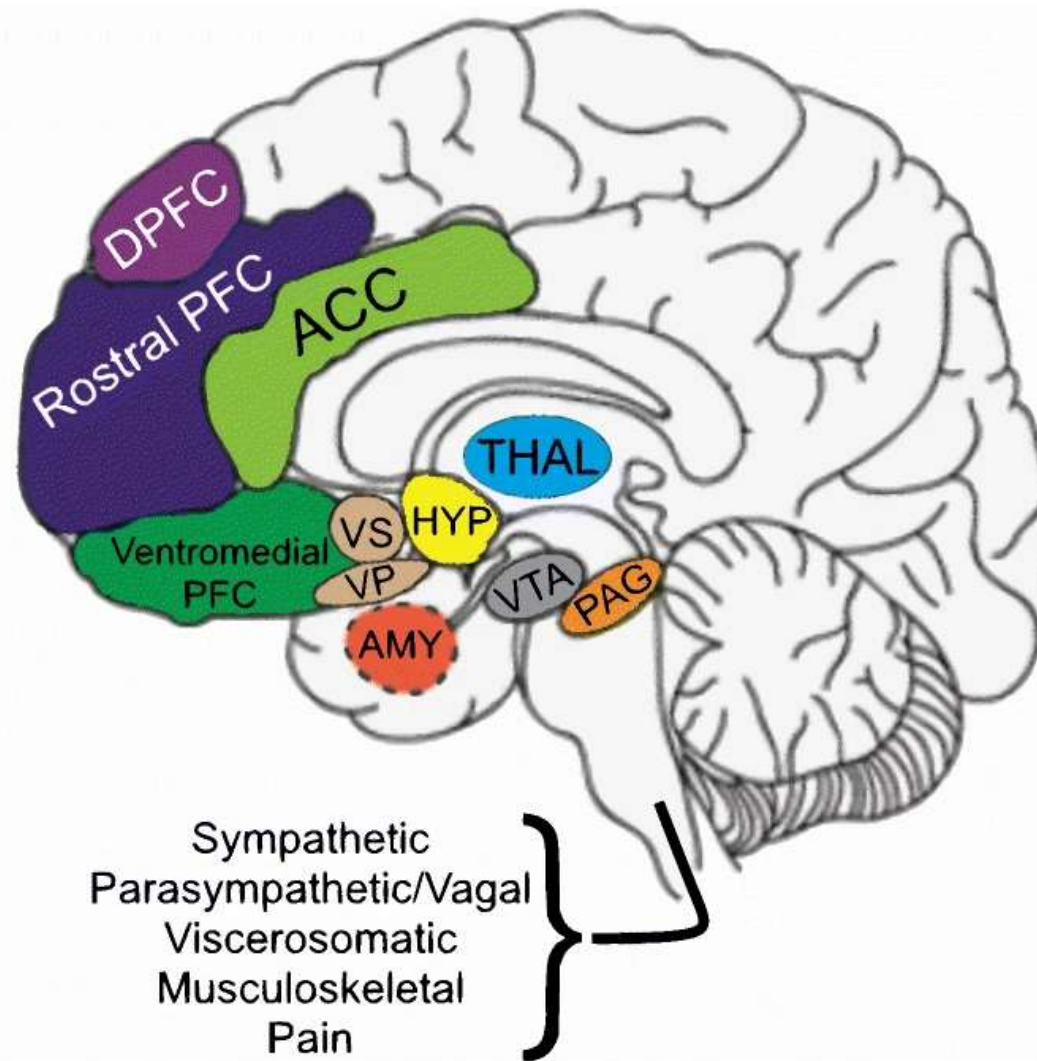
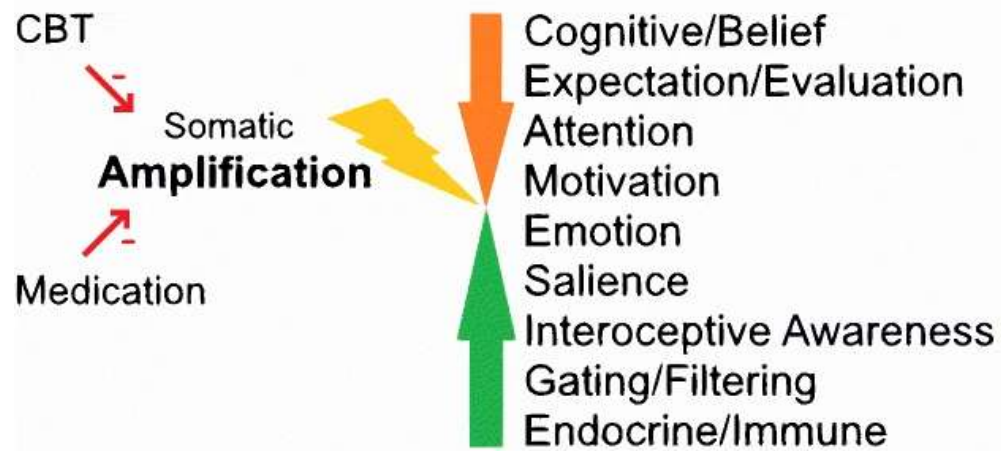
Uppmärksamhetens betydelse



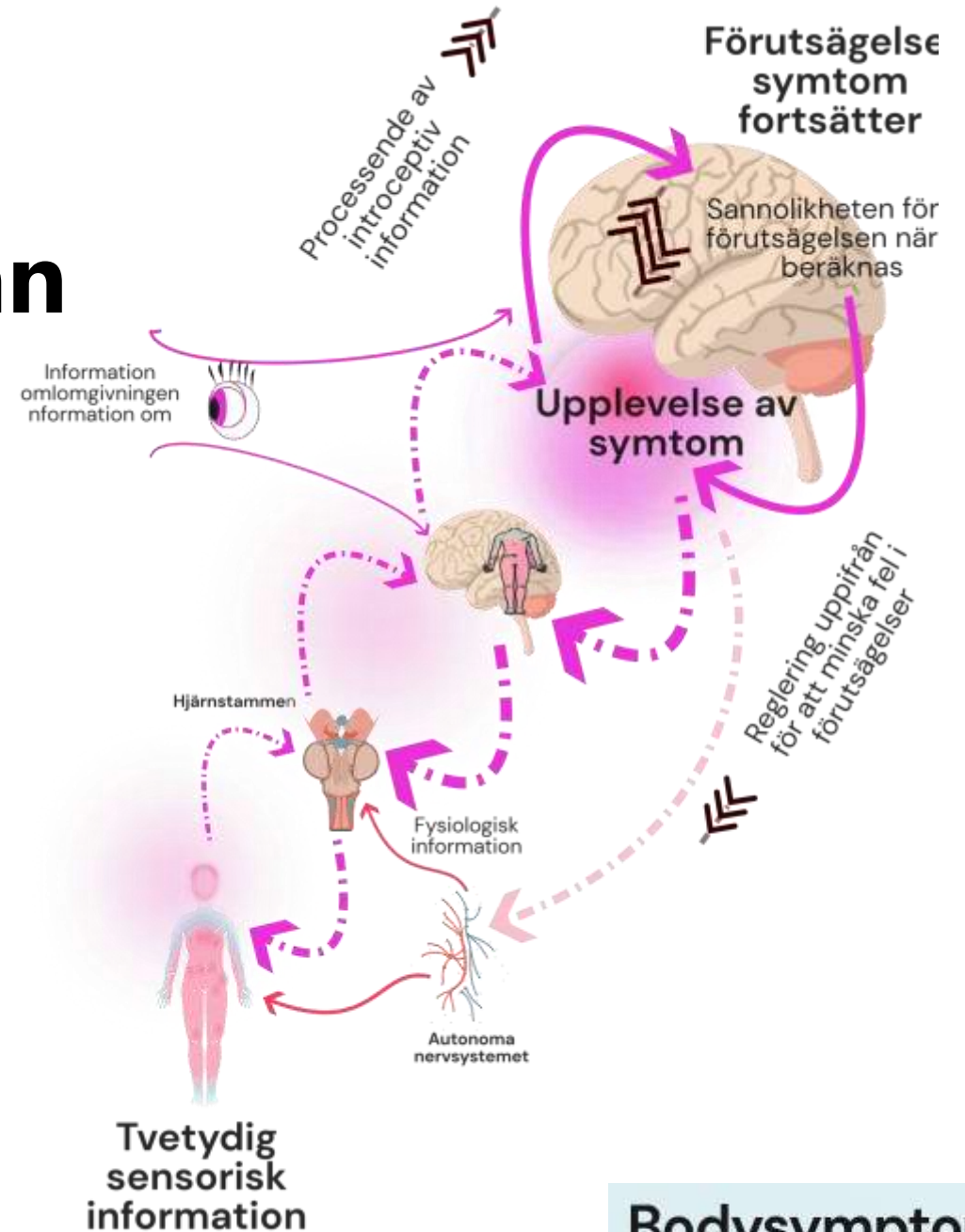
Alla funktionella tillstånd är kopplade till
**Ökat fokus på inre signaler och
"symtom"**

*Det har att göra med vår hjärnas
filterfunktioner att göra.*

Om **vi i sjukvården** har
ett stort fokus på
symtom kommer vi att
förstärka dem!



Den förutsägande hjärnan



Body symptoms.

Förklaringsmodell

Funktionsändringar i smärtsinnet

Exempel

Fibromyalgi
CRPS

”Funktionell smärta”

- Kvarstående smärta efter läkningstid
- Smärtspridning
- Smärtförsämring över tid
- Allodyni
- Oförutsägbar smärta
- Smärtan påverkas av humöret
- Etc.



Nociplastiska
mekanismer

=

Problem med
funktionen i
smärtsystemet, inte
skada

*“Smärta som uppstår på grund av förändrad **nociception** trots att varken tydliga tecken på att faktisk eller hotande vävnadsskada orsakar aktiveringen av prefiera nociceptorer eller bevis finns för att sjukdom eller lesion av det somatosensoriska systemet orsakar smärtan” (IASP 2017)*

”Funktionell smärta”

- Kvarstående smärta efter läkningstid
- Smärtspridning
- Smärtförsämring över tid
- Allodyni
- Oförutsägbar smärta
- Smärtan påverkas av humör
- Etc.

POSITIV DIAGNOSTIK

No mekaniska
mekanismer

=

Problem med
funktionen i
smärtsystemet, inte
skada

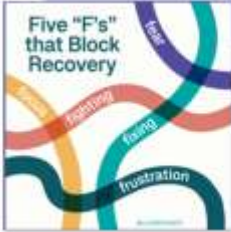
“Pain that arises from altered nociception despite no clear evidence of actual or threatened tissue damage causing the activation of peripheral nociceptors or evidence for disease or lesion of the somatosensory system causing the pain” (IASP 2017)

How to Overcome the 5 Fs

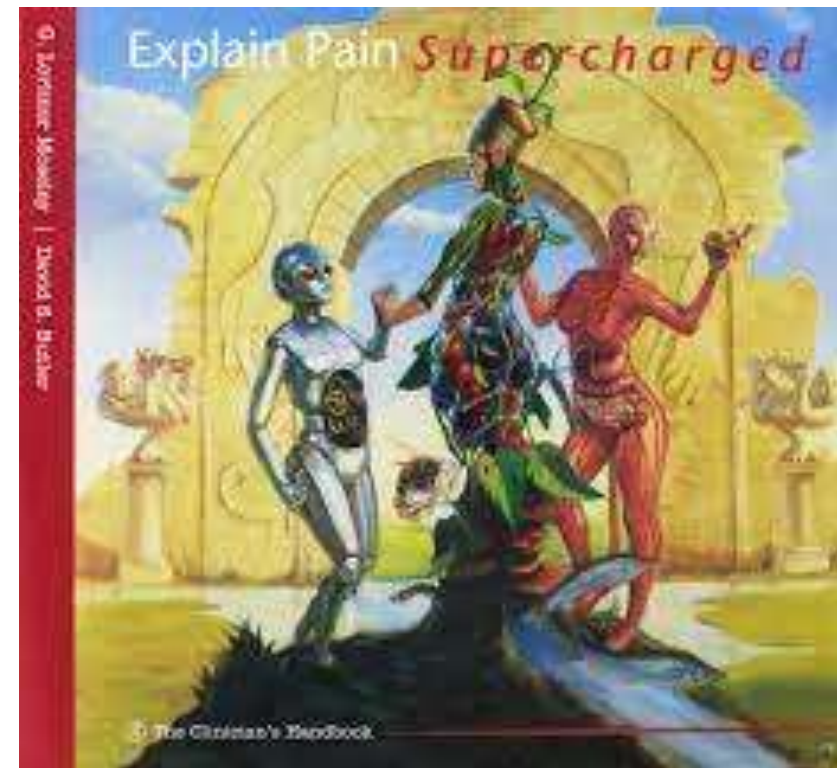


Howard Schubiner, MD, has been helping patients recover from chronic pain for decades. Through treating thousands of patients, he noticed 5 key things that hold people back from recovery, which he calls the "5 Fs".

- FOCUSING** on the pain
- FIGHTING** against the pain
- FEARING** the pain
- Trying to **FIX** the pain
- Getting **FRUSTRATED** with the pain



www.curablehealth.com



www.noigroup.com

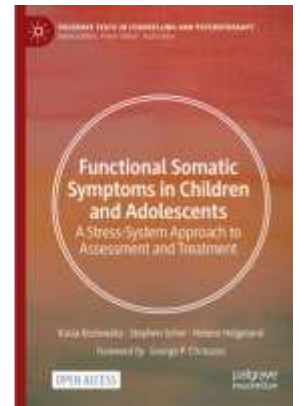
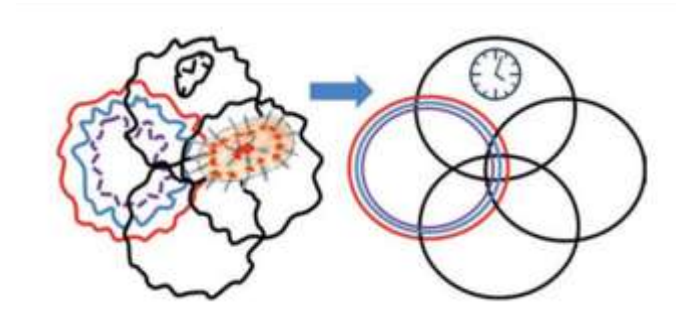


Hur hittar vi rätt interventioner?

- Personcentrerat
- Anpassat efter situation och tidsram

Interventioner

1. Body/Kroppsliga – ”Bottom-up”
2. Mind/Psykologiska – ”Top-down”
3. Familjen/systemet



REHABILITERINGSPRINCIPER VID FUNKTIONELLA TILLSTÅND

1. Biopsykosocial sjukdomsmodell
2. Återträning av anpassningssystem
3. Börja med det kroppsliga
4. Zonmodell
5. Trappstegsmodell



Effektiva metoder vid rehabilitering av Funktionella tillstånd

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

TIPS:

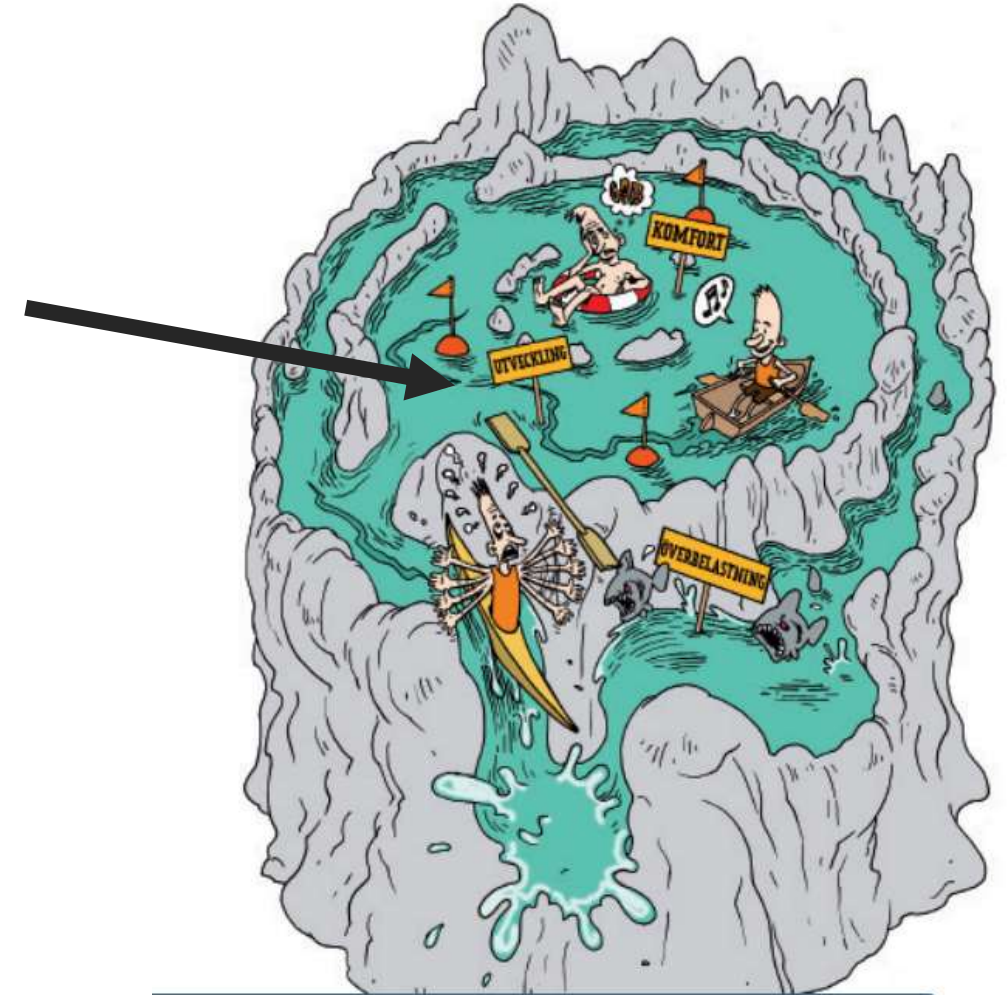
- Upplevelsebaserat
- Gradering
- "Lång trappa"
- Förbered på "bakslag"
- Avledda aktiviteter
- Koppla tillbaka det du ser

När vi kör fast/
återkommande
patienter

	Predisponerande	Utlösande	Upprätthållande
Biologiska			
Psykologiska			
Sociala			
Iatrogena			

Zonmodell

- Vi är ute efter att hitta utvecklingszonen
- För att göra det kan vi inte helt undvika överbelastning

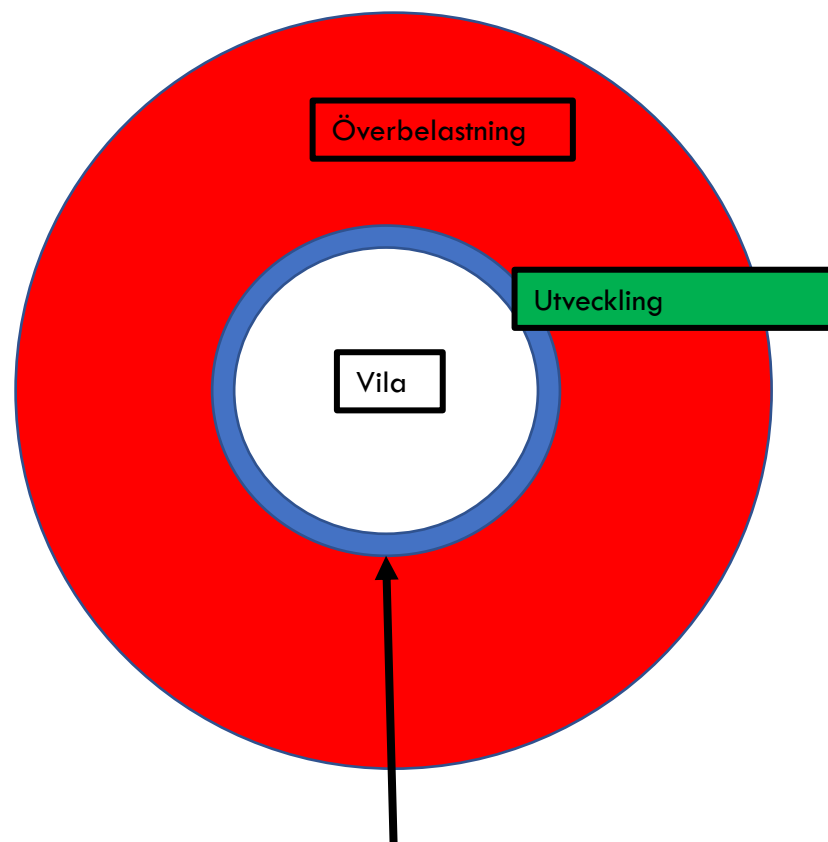


KOMFORT-UTVECKLING-ÖVERBELASTNING

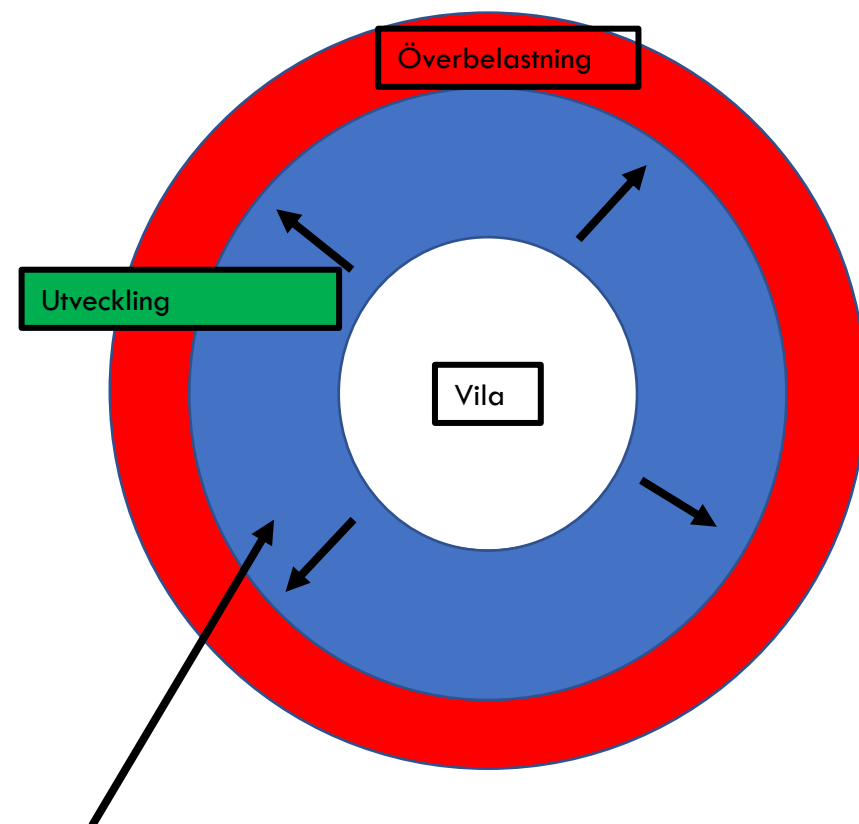
Konsten är att söka utmaning utan att bli överbelastad.

Och utan att stå still.

Zonmodell

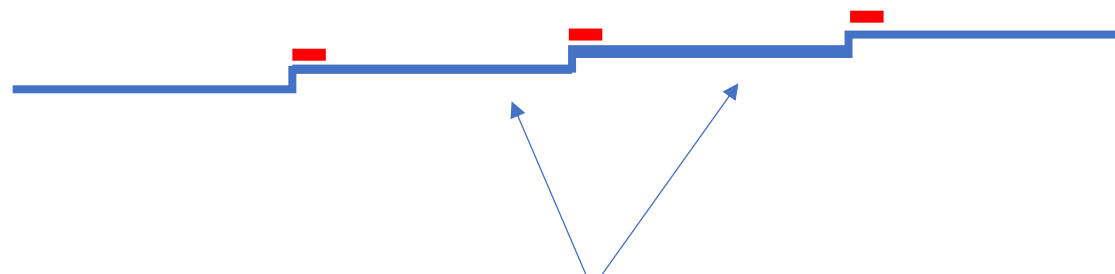
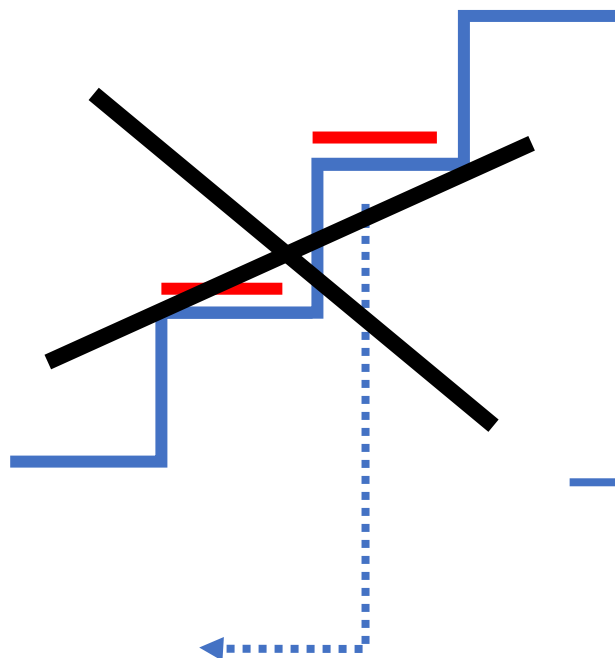
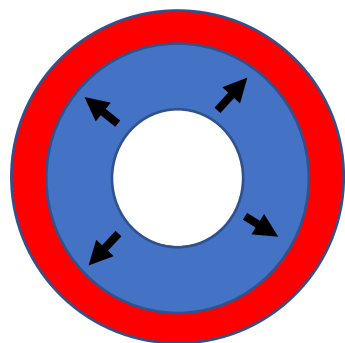


Problemet när man varit sjuk länge är att utvecklingszonen är så smal – det är därför man får symptom så fort man gör något. Den behöver vidgas.



För att vidga utvecklingszonen måste man hitta en **trappstegsmodell**

Trappstegsmodell



Här sker ökning av uthållighet
(Och här tappar många
tålamodet)

KROPPSLIGA INTERVENTIONER

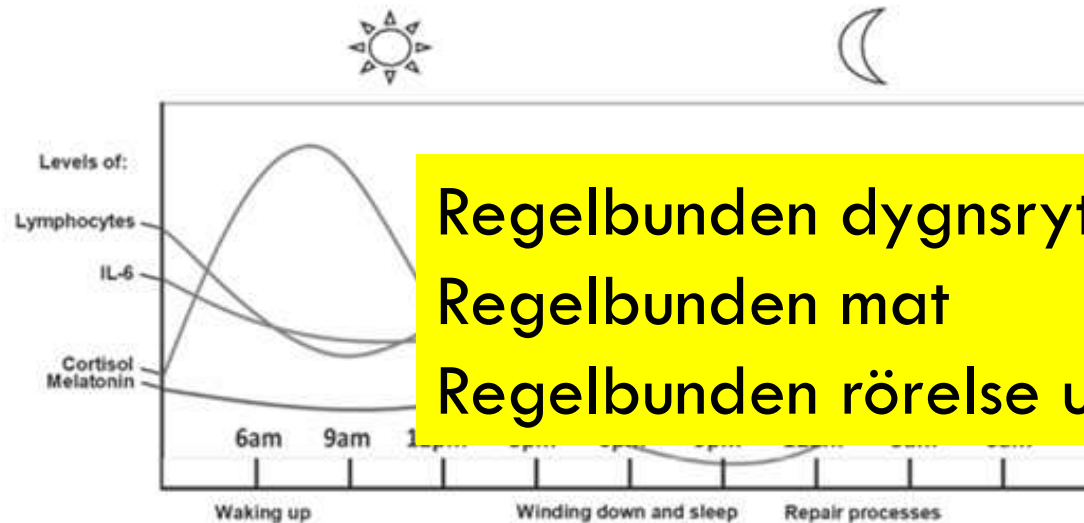


KROPPSLIGA INTERVENTIONER

- Stabilisera sömn och den cirkadiska klockan
- Body map
- Somatic Tracking
- Kroppsscanning
- Andningsinterventioner
- Grundningsinterventioner
- Muskelspänning/avspänning
- Kroppsfokuserad mindfulness
- Regelbunden träning
- Fysioterapi/Arbetsterapi
- Triggerpunkter/releaseterapi
- Läkemedelsbehandlingar
- EMDR



BÖRJA MED: Återställa cirkadiska rytmer



Regelbunden dygnsrytm

Regelbunden mat

Regelbunden rörelse utomhus om möjligt

Kasia Kozłowska
2019



Kasia Kozłowska
2019

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI



Arbetsterapi

Tack till Clare Nicholson, arbetsterapeut och klinisk specialist, från The National Hospital for Neurology and Neurosurgery, London för det bidrag till denna hem sida. 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, självständighet 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

 Check for updates

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

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

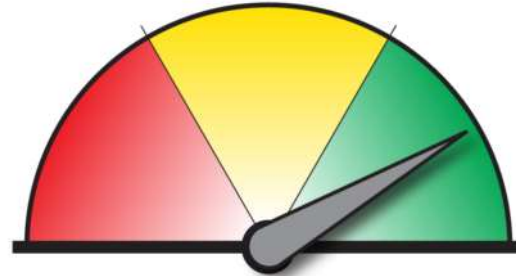
HJÄLPMEDEL & ANPASSNINGAR

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**

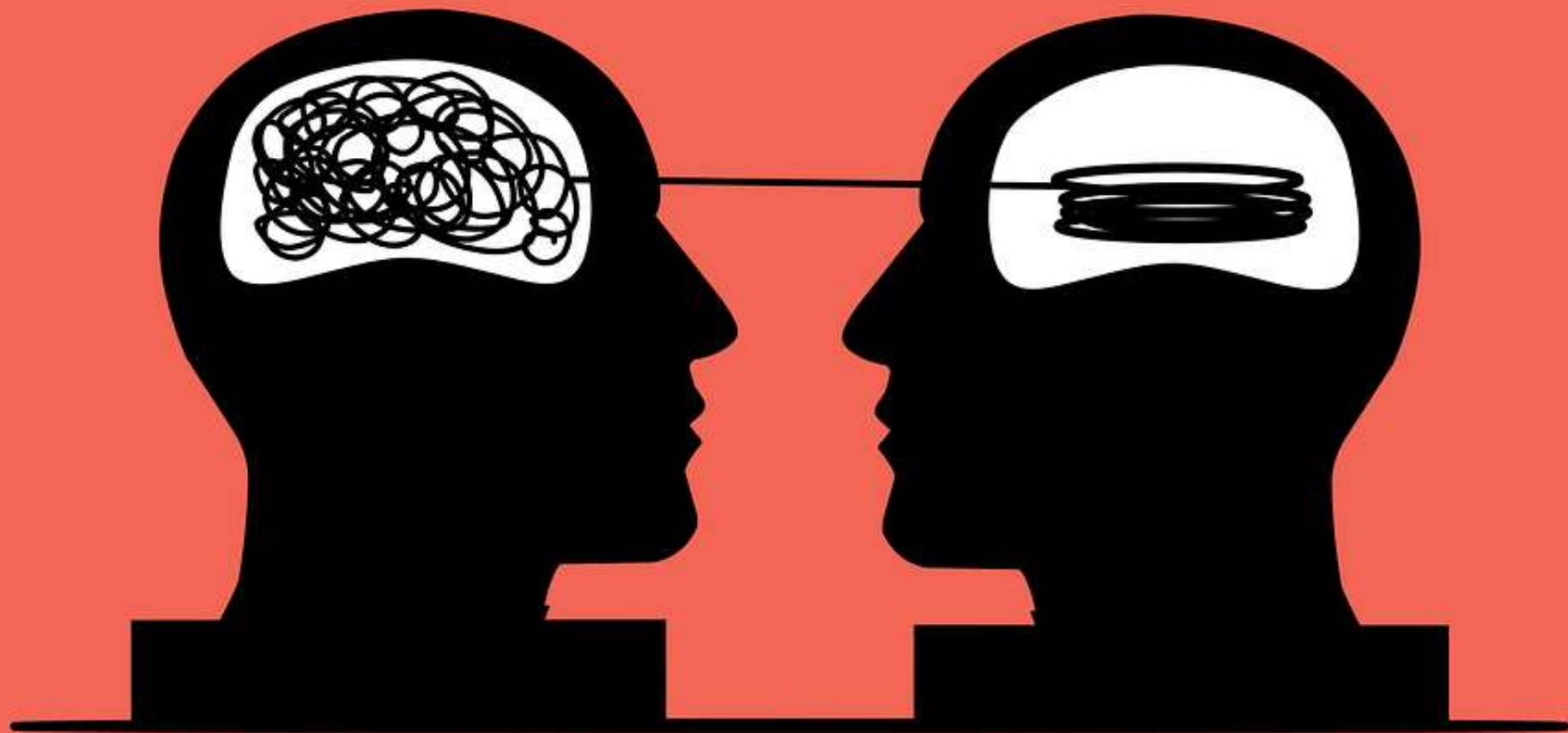


JA

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

"Hjälpmedlet behövs för ökad självständighet, psykologisk rehabilitering etc"

PSYKOLOGISKA INTERVENTIONER

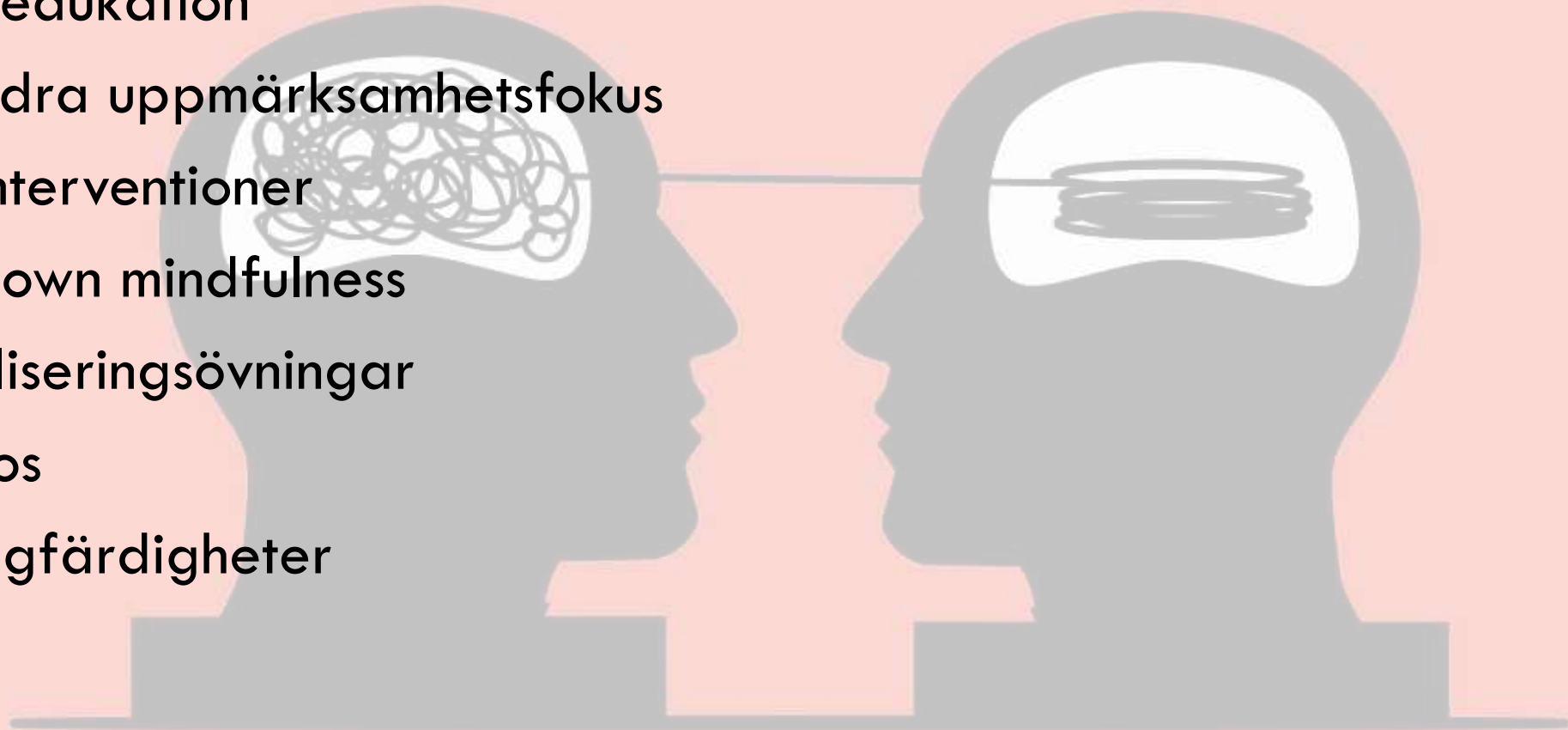


Hur motivera psykologisk behandling?

- *Participation in a treatment process that changes “the way the brain processes information” is essential **to minimize the tendency to express distress through physical symptoms** and to create new behaviors that break the established, unconscious pattern that leads to those symptoms.*

PSYKOLOGISKA INTERVENTIONER

- Psykoedukation
- Förändra uppmärksamhetsfokus
- KBT-interventioner
- Top-down mindfulness
- Visualiseringsövningar
- Hypnos
- Copingfärdigheter



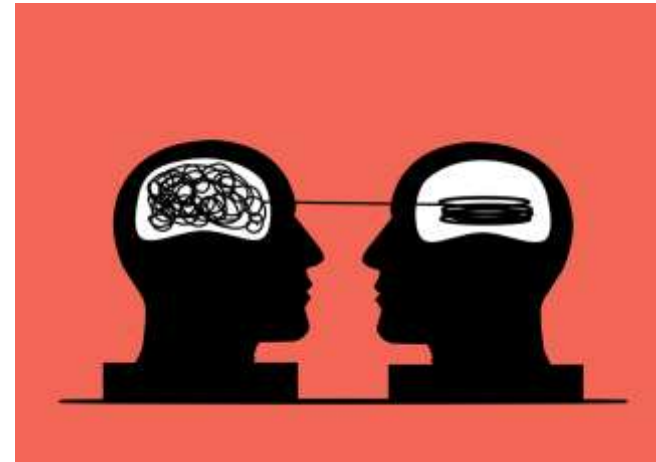
Psykologisk intervention: NÄR?

- Före?
- Efter?
- Tillsammans med funktionsträning?

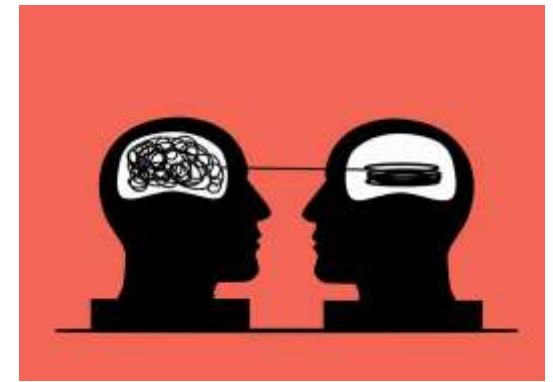
Det beror på

a) Patient

b) De lokala förutsättningarna



Exempel på psykologiska interventioner



1. **Information - psykoedukation**, säkerställa att patientens specifika frågor besvaras
2. **Funktionell analys** - med utgångspunkt i tillämpad beteendeanalys identifiera relevanta antecedenter, beteenden och konsekvenser både i behandlingssituation och hemmiljö. Hypotestesta tillsammans med patient genom att manipulera behandlingssituation och responser.
3. **Emotionsfokuserad KBT** - Identifiering, hantering, reglering av emotioner, möjligen med inslag av DBT färdighetsträning, kopplat till ffa dissociativa tendenser i relevanta situationer
4. **Övrig Psykoterapi**: KBT, ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy), DBT, "Mind-body"-tekniker, specifika terapier mot psykiatriska tillstånd

SAMMANFATTNING

- Träna på att förklara vad ett Funktionellt tillstånd är (ta hjälp av informationsmaterial)
- Förankra förklaring
- Gör en arbetsmodell (flexibel)
- Interventioner: kroppen först
- Organisera team
- Ge inte upp – så frön

Eftermiddag



Prevention

Känna sig tagen på allvar

Kontinuitet

HANDLÄGGNING I PRIMÄRVÅRD

Grunden

*Det är naturligt att uppleva signaler från kroppen. Vi kallar det **sensationer**. **Symtom** är sensationer som skapar oro om möjlig sjukdom.*

*De flesta som söker sin allmänläkare har symtom. I primärvården ska man vara medveten om att ett nytt symtom **sällan** kan förklaras av en fysisk eller psykisk sjukdom – helt enkelt för att sensationer är så vanliga.*

Introduction

It is natural to experience signals from the body. We call it sensations. Symptoms are sensations which cause worry about potential disease. Most people who visit their GP have symptoms. In general practice one should be aware that a new symptom rarely can be explained by a physical or mental disease, simply because sensations are so common.



Goda råd

Funktionella tillstånd är en ***differentialdiagnos*** precis som andra sjukdomar, och man kan utreda för ett funktionellt tillstånd parallellt med utredning för andra sjukdomar.

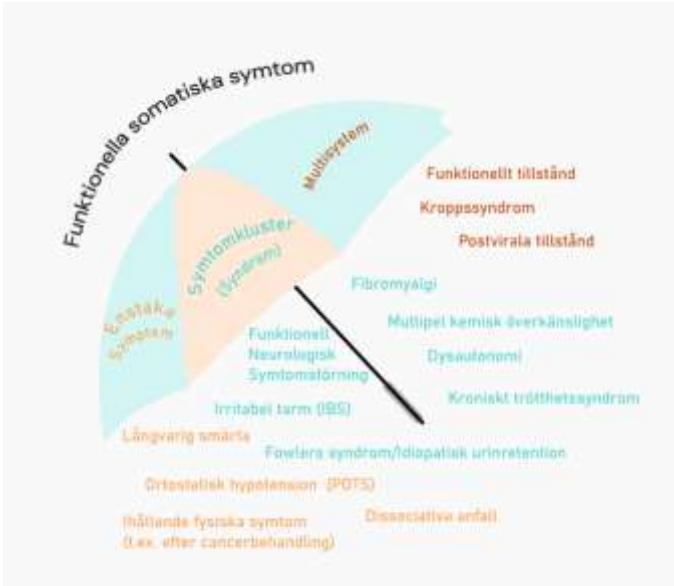
Gör en ordentlig och relevant kroppsundersökning - *Patienten ska varken undersökas för lite eller för mycket*

Så ett frö – öppna en dialog om funktionella tillstånd

Undvik konfrontation - ***Håll kvar en vänlig och nyfiken hållning – undvik snabba slutsatser***



Vad ska diagnostiseras?



Förnimmelser	Ej funktionspåverkan	Normalisering, förklaring
Ospecifika symtom		
Symtomkluster	Funktionspåverkan	Funktionell diagnos
Multisystem		

Symtomdiagnoser (R)



ICD 11:
"Bodily distress?"

Var i världen?



Basen.
Allmänmedicin rätt kompetens.



C-L-psykiatriska arbetssätt
Allmänläkare i psykiatri?



Rehabmedicin
Teamkompetens
Konsulter?

10 goda råd vid systematisk bedömning av funktionella tillstånd

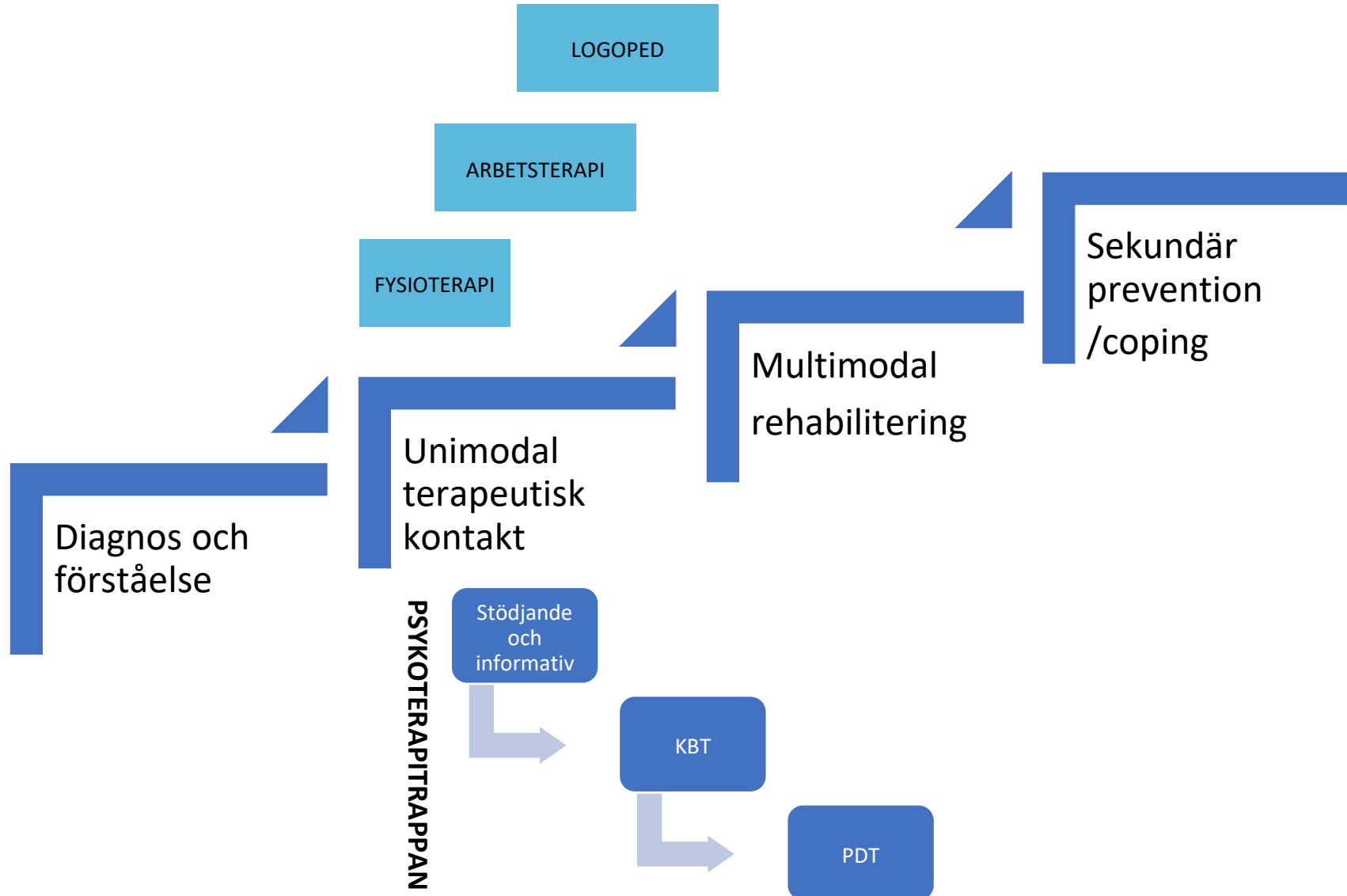


1. **Grundlig symtomhistorik** Kom ihåg de karakteristiska symtomen och fråga även om andra symtom.
2. **Fråga om psykologiska faktorer** (Var uppmärksam på ångest och depression). Hur går det i övrigt i ditt liv? Hur är ditt humör?
3. **Identifiera stress och sociala påfrestningar** Finns det något som pressar dig, tynger dig eller stressar dig?
4. **Undersök patientens funktionsnivå** Hur ser en typisk dag ut? Hur hanterar du ditt arbete och andra uppgifter?
5. **Bedöm patientens förståelse av sin sjukdom** Vad tror du är fel med dig? Vad tror du är orsaken till din sjukdom?
6. **Var vänlig och nyfiken** – dra inga förhastade slutsatser
7. **Genomför en grundlig och relevant somatisk undersökning** Patienten ska varken undersökas för lite eller för mycket
8. **Informera patienten om resultaten av alla undersökningar** – kom ihåg empowerment. Din ämnesomsättning, lever, njurar etc. fungerar normalt. Ditt hjärta är friskt, du har en stark rygg osv.
9. **Så ett frö** – inled en dialog om funktionella tillstånd. Har du hört talas om funktionella tillstånd? Tyvärr finns det ingen tablett eller operation som kan få alla dina symtom att försvinna, men det finns flera saker du kan göra för att må bättre.
10. **Undvik konfrontationer** och långdragna försök att övertala. Jag vill hjälpa dig. Tyvärr kan vi inte alltid hitta en enkel orsak till alla symtom. Det är inte för att jag inte vill ge dig en specifik undersökning eller specifik medicinering, utan min professionella bedömning är att det inte kommer att hjälpa dig.

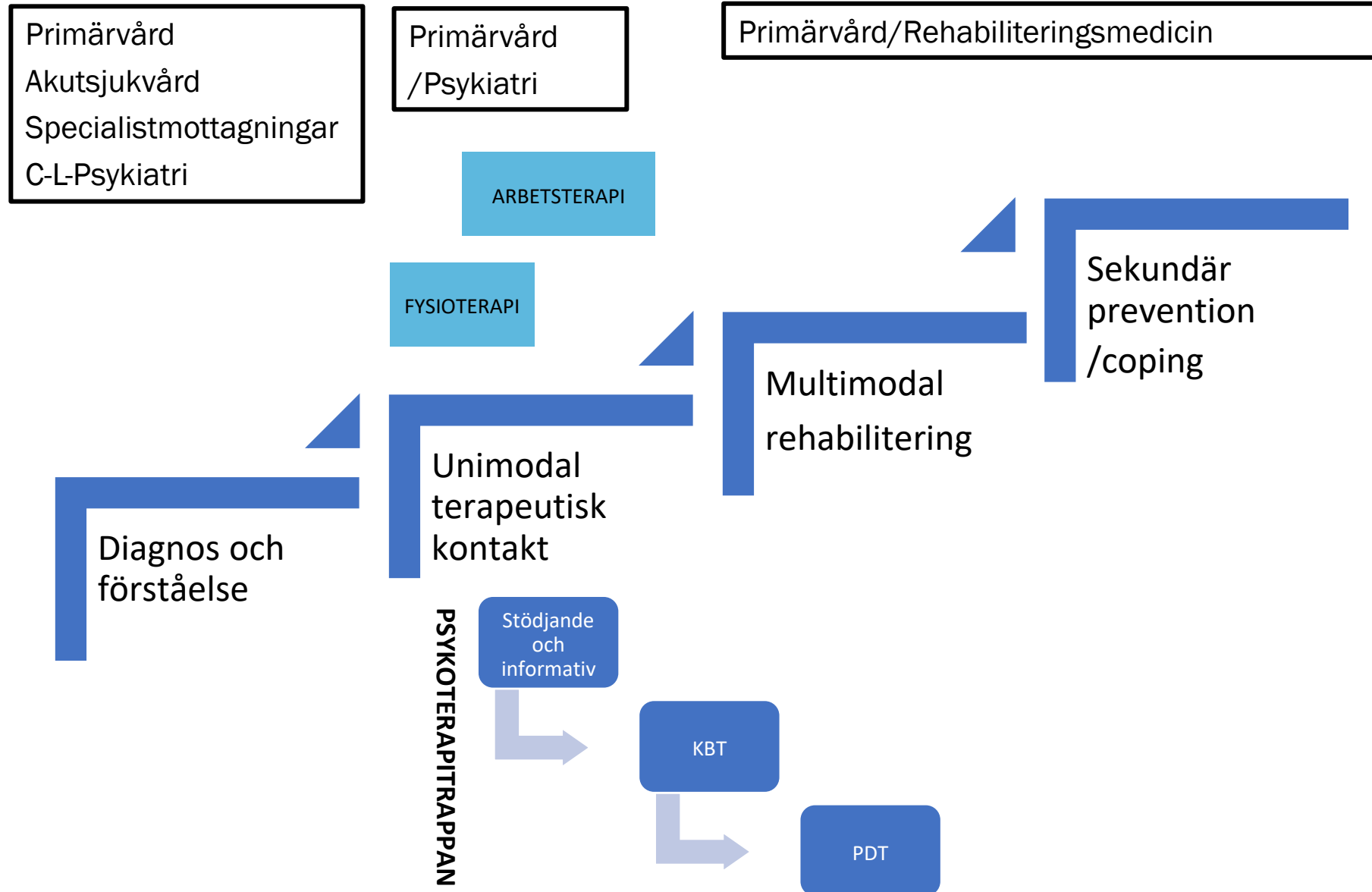
BIO-PSYKO-SOCIAL HANDLÄGGNING I PRIMÄRVÅRD

	Biologiskt	Psykologiskt	Socialt
Prevention (Milda och övergående symtom, undran, hälsokoll)	• Gör bara absolut nödvändiga undersökningar och behandlingar	• Bemöt förväntningar • Normalisering • Kvalificerade förklaringar	• Stötta aktiviteter • Undvik sjukskrivning
Mild till måttlig funktionell störning (normal stressreaktion)	• Avbryt onödiga utredningar och behandlingar	• Normalisering • Kvalificerade förklaringar baserade på patientens sjukdomsuppfattning och förväntningar	• Stötta aktiviteter • Uppmuntra stöd från socialt nätverk • Undvik sjukskrivning
Kroppssyndrom / Bodily distress, Sjukdomsångest	• Avbryt onödiga utredningar och behandlingar (ev. "sista undersökning" för att avsluta utredningsspår) • Överväg läkemedel (SNRI/TCA)	• Ställ diagnos! • Ta reda på mer om patientens kontext • Överväg KBT • Överväg remiss för second opinion	• Stötta aktiviteter • Proaktiva kontakter (FK/Soc/AF) • Planera kontakten

Behandlingstrappa



Behandlingstrappa

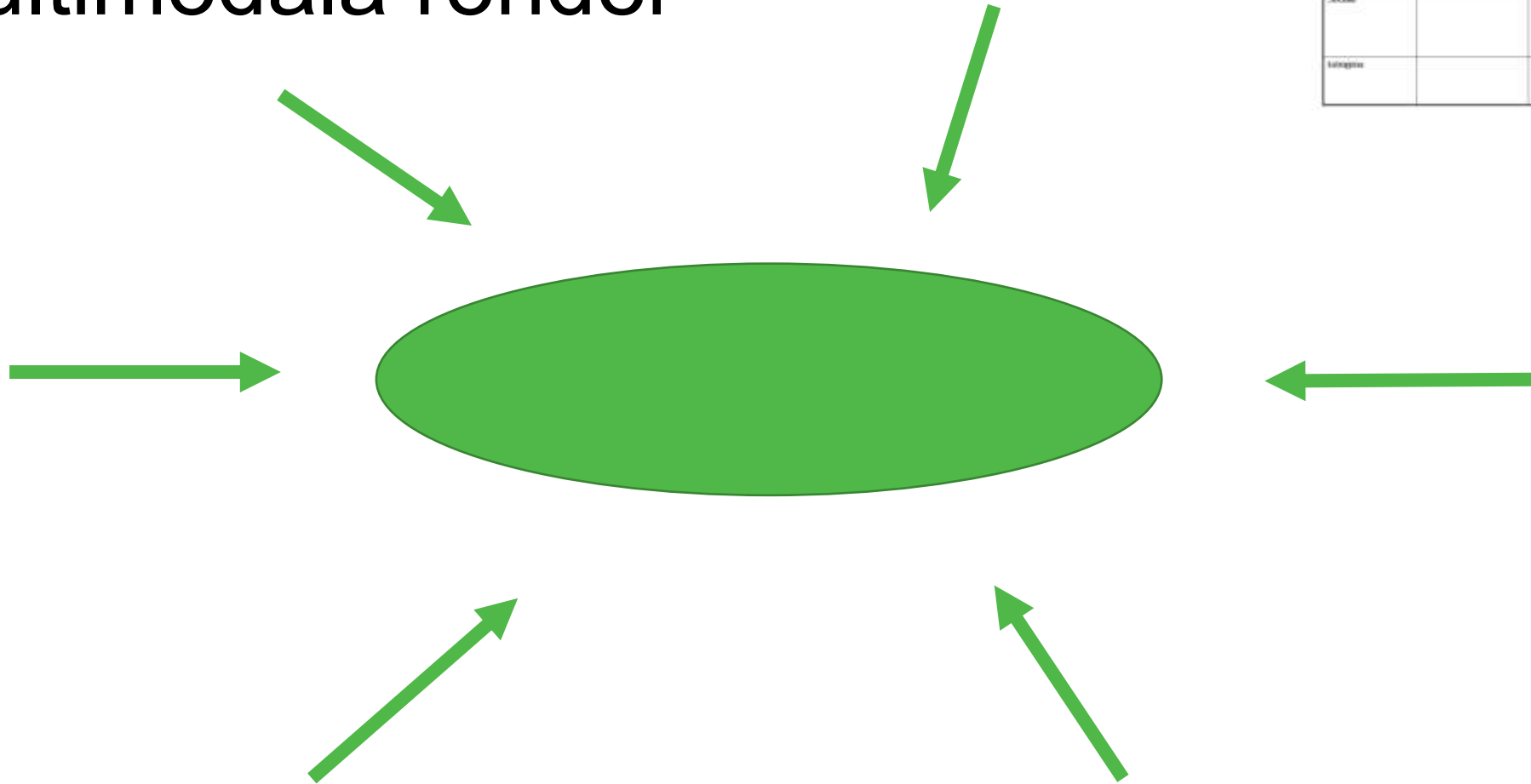


Teamarbete i Primärvård

- Ad-hoc-team
- Teamrönder
- Konsultteam
- Interdisciplinära team
- Multimodala team
- CCM
- Vårdsamordnare



"Multimodala ronder"

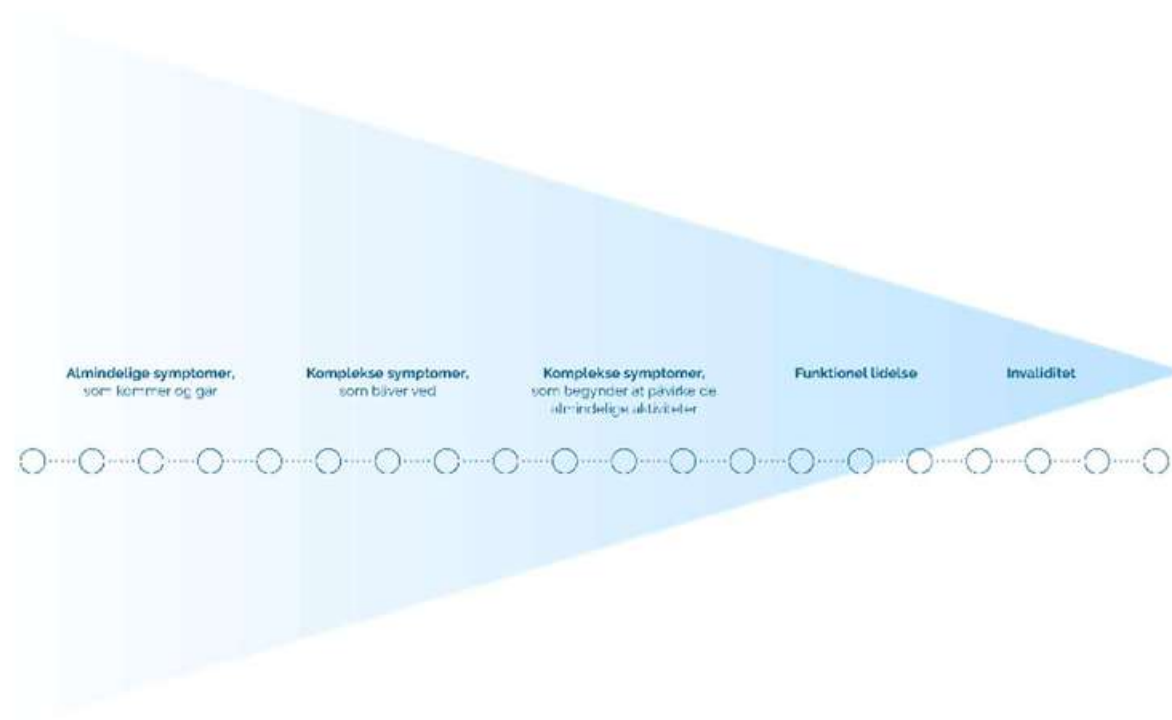


JAGHUA'S TOOLS FOR DNA CRIMINALS			
	Det som kallas för effektivitet	Det som kallas för effektivitet	Upprätthållande (När det är tydligt att det inte är en normalt person?)
Biologi			
Psykologi			
Socialt			
Strategi			

Hjälpmedel/Verktyg



13. Mit spektrum



1. Mit ugeskema

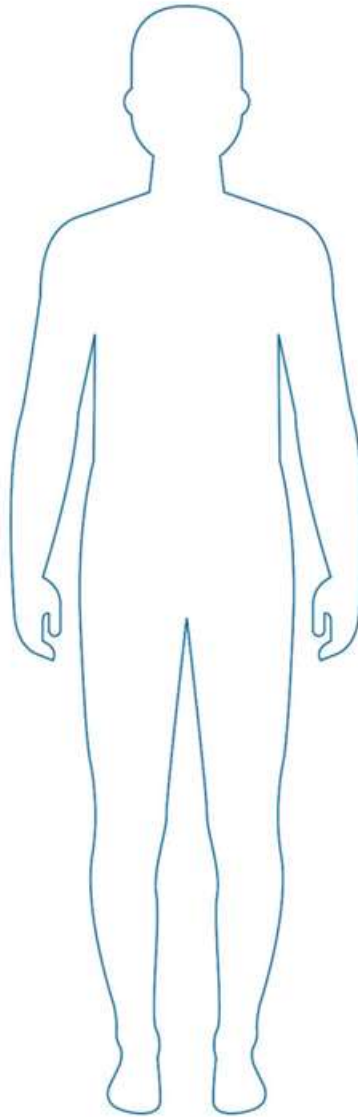
Notér for hver dag og tid på dagen, hvor svære dine symptomer var

Ingen symptomer 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Værst tænkelige symptomer

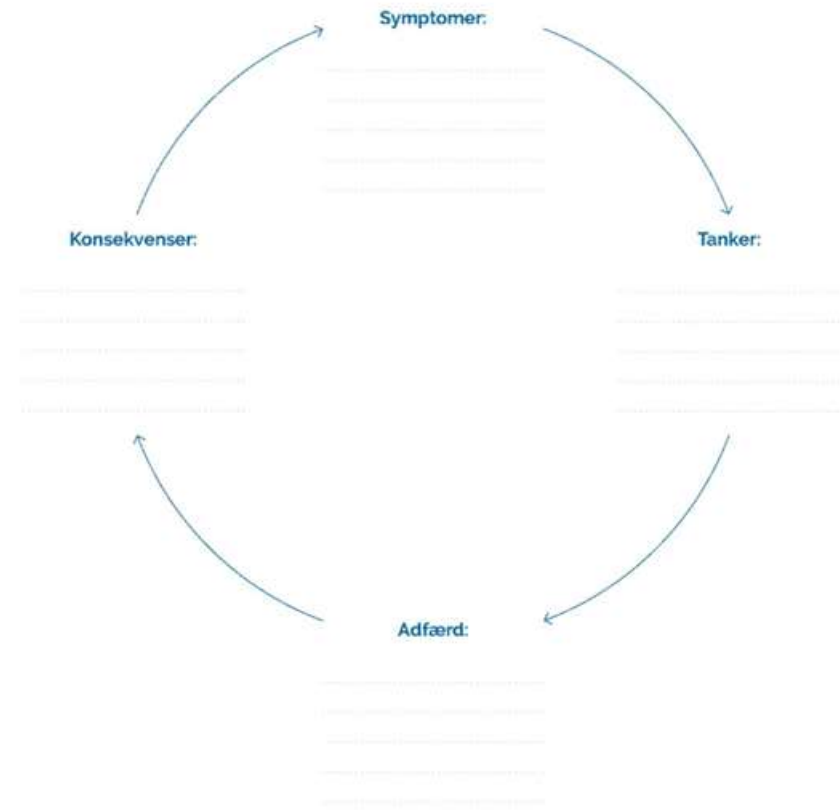
For hvert notat skriver du et stikord om den situation du var i.
Det kunne f.eks. være: *i bussen, på arbejde, med familien, dagligdagen*...

	Dag og dato:	Dag og dato:	Dag og dato:	Dag og dato:	Dag og dato:	Dag og dato:	Dag og dato:
Formiddag							
Eftermiddag							
Aften							
Nat							

2. Mine symptomer



5. Min symtom-cirkel



6. Årsager til mine symptomer

Grundlæggende faktorer

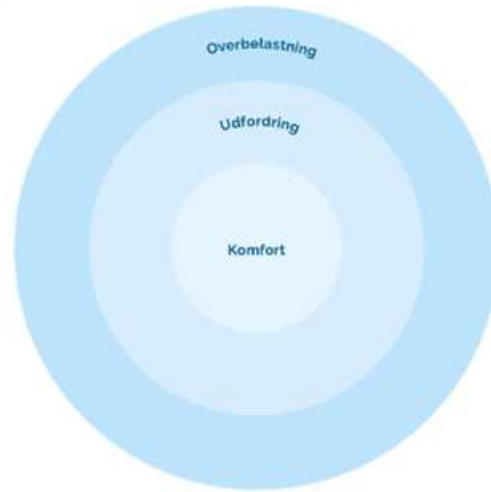


Udløsende faktorer



Forstærkende og vedligeholdende faktorer

8. Mine zoner



Overbelastnings-zone

Udfordrings-zone

Komfort-zone

	Predisponerande	Utlösande	Upprätthållande
Biologiska			
Psykologiska			
Sociala			
Iatrogena			



ENKEL MODELL ATT BÖRJA MED

Om man inte har möjlighet att göra en biopsykosocial kartläggning, men har en patient som har börjat vara intresserad av förklaringsmodellen



-
- Underhållsläge

- Försvarsläge





- Underhållsläge



- Försvarsläge



SIMs (Safety In Me)

← Kan vara
motsatt för olika
personer→

DIMs (Dangers In Me)



Saker du hör, ser,
smakar, luktar,
känner på

Saker du gör

Saker du säger

Saker du tänker
och tror

Platser du är på

Människor i ditt liv

Saker som händer
i din kropp

- U
- M

ge
ka/omedvetna

Research

Juul Houwen, Peter LBJ Lucassen, Stijn Dongelmans, Hugo W Stappers, Willem JJ Assendelft, Sandra van Dulmen and Tim C olde Hartman

Medically unexplained symptoms:

time to and triggers for diagnosis in primary care consultations

Abstract

Background

It is currently not known when in the consultation GPs label symptoms as medically unexplained and what triggers this.

Aim

To establish the moment in primary care consultations when a GP labels symptoms as medically unexplained and to explore what triggers them to do so.

Design and setting

This was a qualitative study. Data were collected in the Netherlands in 2015.

Method

GPs' consultations were video-recorded. GPs stated whether the consultation was about medically unexplained symptoms (MUS). The GP was asked to reflect on the video-recorded consultation and to indicate the moment when they labelled symptoms as MUS. Qualitative interviewing and analysis were performed to explore the triggers GPs perceived that caused them to label the symptoms as MUS.

Results

A total of 43 of the 393 video-recorded consultations (11%) were labelled as MUS. The mean time until GPs labelled symptoms as medically unexplained was about 4 minutes for newly presented symptoms and 2 minutes for symptoms for which the patients had already visited the GP before. GPs were triggered to

INTRODUCTION

Patients with medically unexplained symptoms (MUS) are common in general practice. No underlying disease can be found in approximately 3% to 11% of the symptoms that are presented to the GP.¹⁻³ MUS cover a wide variety of symptoms, such as pain, dizziness, and fatigue,⁴ and are found in a heterogeneous group of patients.

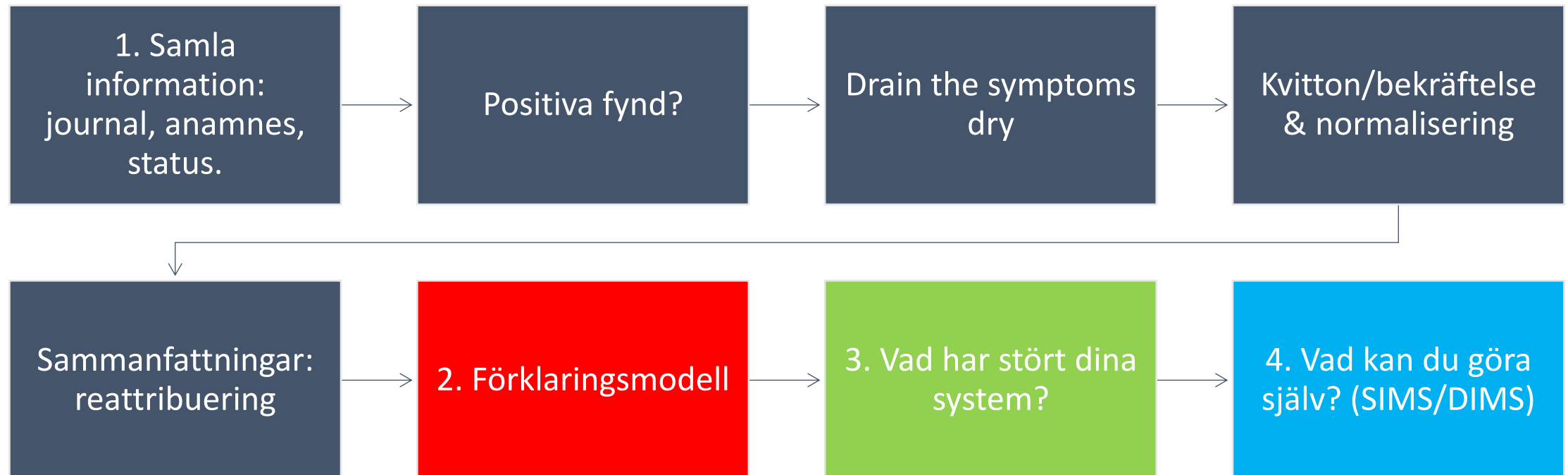
A recent meta-synthesis by Johansen *et al* described challenges faced by GPs when managing patients with MUS.⁵ The research covered GPs' challenges to manage the problems of patients with MUS. GPs' struggle with the incongruence between patients' symptom presentations and the explanatory models for biomedical disease, and the negative experiences of both patients and GPs that can cause difficulties in the doctor-patient relationship.⁵ Furthermore, the negative attitude of many GPs towards patients with MUS⁶ and the lack of effective management strategies in primary care⁷ also contribute to the problem. GPs face difficulties recognising and labelling MUS. Even when there is no indication of a somatic problem, GPs still experience uncertainty and fear missing a serious disease.^{8,9} The concept of MUS is defined in different ways in the literature

medically unexplained have been subject to various interpretations.^{10,11} Additionally, GPs vary in how they establish whether symptoms are medically unexplained.^{6,12}

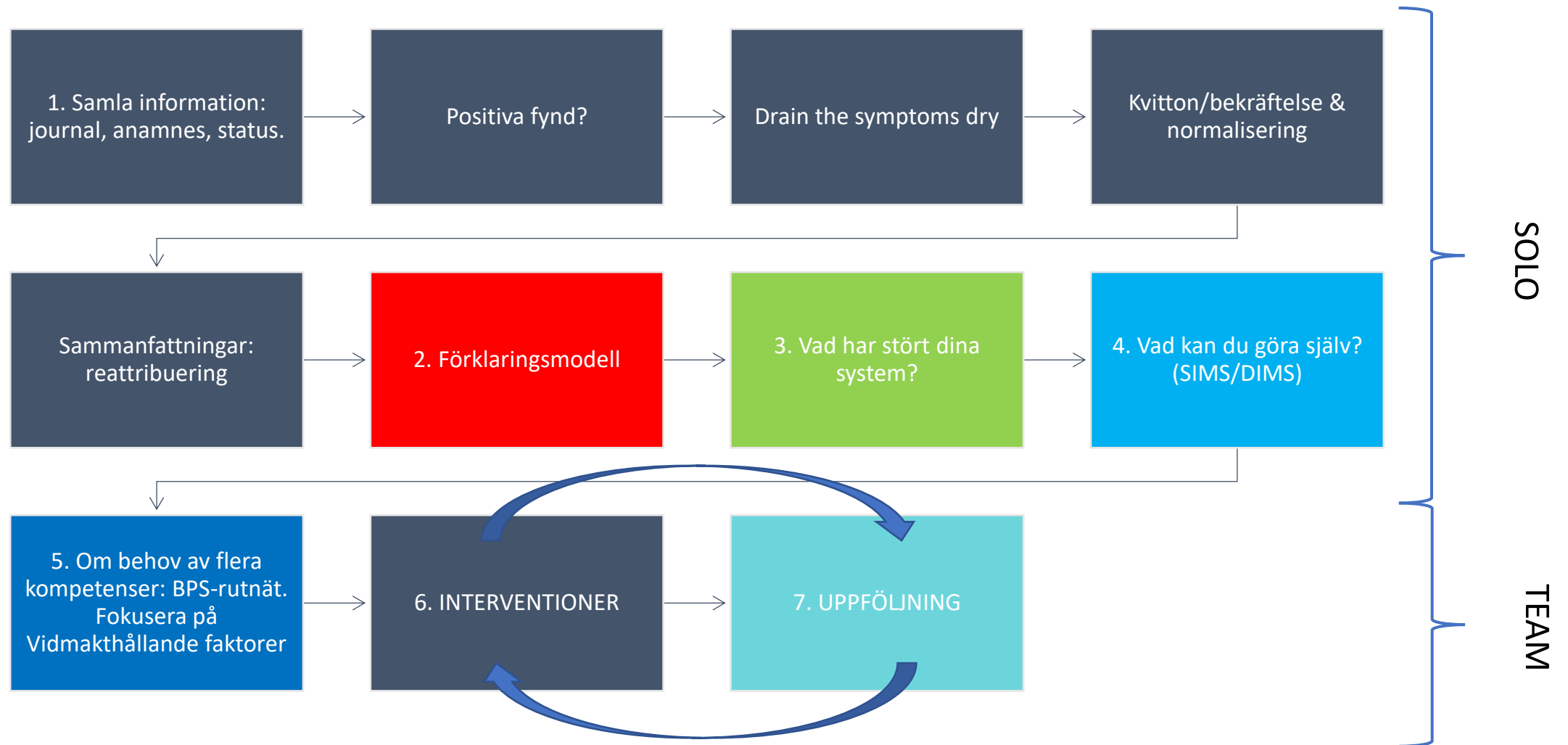
GPs indicate that the following factors play a role in diagnosing MUS: knowledge of both the patient's medical context and their social context, the duration of the consultation, the negative emotions that GPs experience during the consultation, the nature of the symptoms, and how the symptoms are presented.^{13,14} These studies describing how GPs diagnose MUS have only looked at this process indirectly in focus group interviews or by analysing transcripts of consultations, and are subject to recall bias; therefore, a more direct approach is needed to study GPs' cognitive processes when making a diagnosis of MUS in detail. Stimulated recall is one such direct approach, in which video-recorded situations are replayed to the subjects to help them identify and unravel their cognitive processes.¹⁵ Furthermore, as far as is known, no previous study has analysed exactly when a GP labels the symptoms as MUS in the consultation. Labelling symptoms as medically unexplained too quickly may increase the risk of missing diseases, but late recognition of MUS may

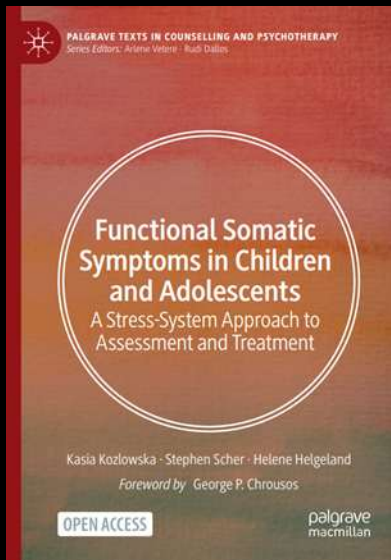
- Videokonsultationer.
- ”När var jag säker på att det var funktionellt?”
- 4 min nya symtom
- 2 min återkommande symtom

Lathund stegvis biopsykosocial kartläggning



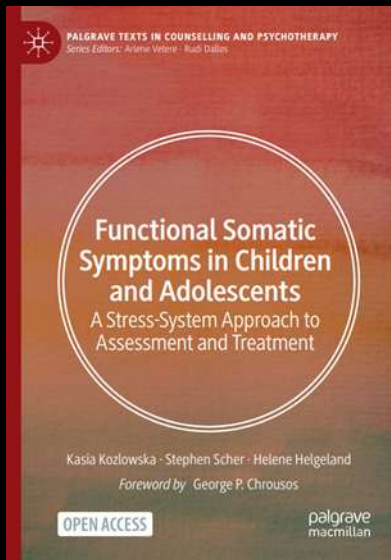
Lathund stegvis biopsykosocial kartläggning





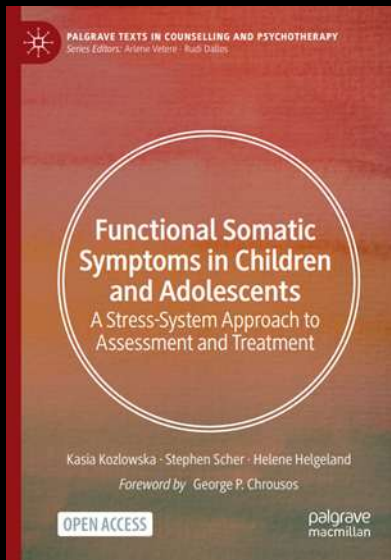
20 Principer för att bygga upp behandling





20 Principer för att bygga upp behandling

1. Gör färdigt medicinsk bedömning
2. Tidig hänvisning till behandling
3. Behåll systemperspektivet
4. Målet är att bygga stabilitet, harmoni och samspel i barnets stresssystem
5. Skapa ett multidisciplinärt team för att arbeta med barnet och familjen
6. Börja med interventioner som riktar sig mot kroppsliga funktioner, gå därefter över till sådant som påverkar det mentala och familjesystem
7. Målet med insatserna är återgång till hälsa och normala aktiviteter
8. Uppmärksamhet på symtom är central och måste hanteras.
9. Behandlare behöver vara flexibla, kreativa och öppna för ny information.
10. Etablera en terapeutisk relation med det multidisciplinära teamet



20 Principer för att bygga upp behandling

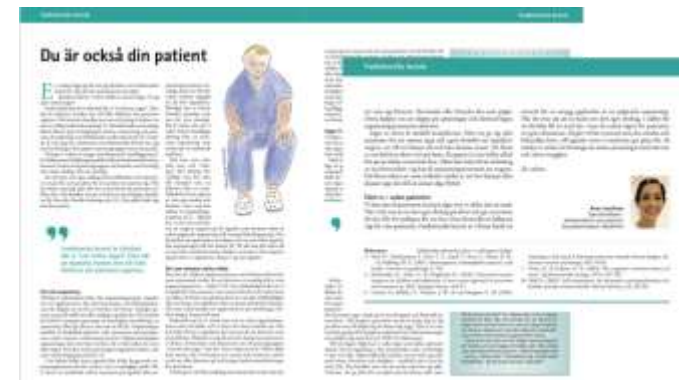
- 1 1. Använd en arbetsmodell för att komma ihåg de olika systemnivåerna
- 1 2. Använd arbetsmodellen för att guida behandling
- 1 3. Identifiera nyckelområden för behandling och att uppnå förändring
- 1 4. Etablera hopp och positiv förväntan
- 1 5. Kom överens om ett behandlingskontrakt innan behandlingen börjar
- 1 6. Behandlingen är det första steget i en längre process
- 1 7. För att det ska fungera måste alla dra åt samma håll
- 1 8. Normala aktiviteter är både behandling och mål
- 1 9. Stärk förutsägbarhet, kontroll och bemästrande för barnet
20. Självständighet är nyckeln för långsiktig stabilisering av stresssystemet.

- Kvinna i 50-årsåldern med tilltagande växlande kroppsliga symtom sedan 3 månader:
 - hjärtklappning
 - omväxlande lös och hård mage
 - smärta som flyttar runt i kroppen
 - energilöshet
- Blodprover inkl blodstatus, elstatus, leverstatus, tyroideaprover, vitamin B och D, CRP och SR, avföringsprover, kalprotektin, alkoholparametrar, drogscreening u.a.
- Långtids-EKG ua. PEF ua. Spirometri ua. Lung-rtg ua. Man finner inga tecken på somatisk sjukdom och har bedömt att det inte finns indikation till vidare somatisk utredning.
- Psykiskt status u.a. Trött på att ha det så här. HADS 6 poäng. MADRS 10 poäng. Symtomen har inte startat i koppling till någon specifik händelse.

	Predisponerande	Utlösande	Upprätthållande
Biologiska			
Psykologiska			
Sociala			
Iatrogena			

Eftermiddag 2

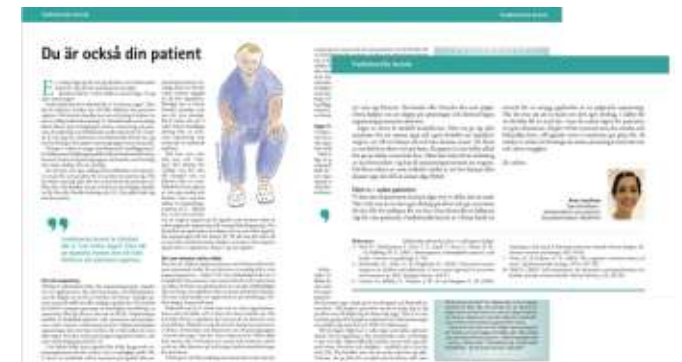
Hur får vi patienten med på tåget?



Är vi med på tåget?



- *Bara det att vi **upplever** patienter med funktionella besvär som utmanande räcker för att aktivera en naturlig del av våra anpassningssystem – rädsla. Inte nödvändigtvis för att vi är rädda för våra patienter, utan snarare för det som väcks inom oss själva. Det kan vara påminnelsen om vår egen otillräcklighet eller att känna oss maktlösa inför en annan människas lidande. Det kan också handla om upplevda krav på utredningar, förskrivningar, intyg med mera.*



Vårdpersonal i förarsätet



- *Släpp kampen och avstå flykten – var medveten om din reaktion (SOAS).*
- *Självmedkänsla – att möta sig själv med värme, förståelse och vänlighet.*
- *Ge plats för oss själva.*
- *När du övar på att ta hand om ditt eget obehag, i stället för att försöka bli av med det, visar du också vägen för patienten att göra detsamma. Så går vi från symtom som ska utredas och behandlas bort, till signaler som vi medvetet ger plats för. Så stärker vi också vår förmåga att möta utmaningar med närvaro och större trygghet.*



TERM The Extended Reattribution and Management model - ÖVERSIKT



FÖRSTÅ PATIENTEN



LÄKARENS EXPERTIS OCH ERKÄNNANDE AV ATT DET ÄR VERKLIGT



FÖRHANDLA FRAM EN NY FÖRSTÅELSEMODELL

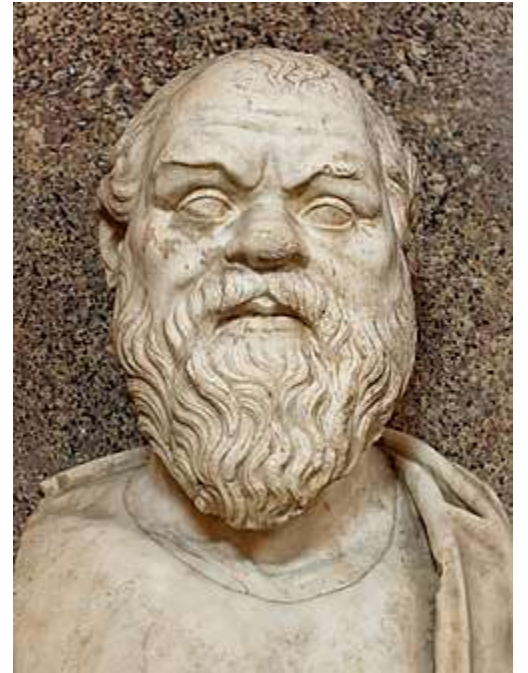


SAMMANFATTNING OCH FÖRHANDLA FRAMTIDA BEHANDLING

TERM SAMTALSMETODIK

- **Sokratisk frågeteknik**

- Ett sätt att lyfta blicken och få en person att själv komma fram till svaret.
- Ex: Kan du komma ihåg en situation där du varit orolig för en liknande sak, men där utfallet blev ett annat än det du tänker dig?



TERM SAMTALSMETODIK

- **Sammanfattningar:**

- Flera gånger under samtalet.
- Gör att pat känner sig lyssnad på
- Tillfälle att korrigera missförstånd
- Tillfälle till kognitiv omstrukturering



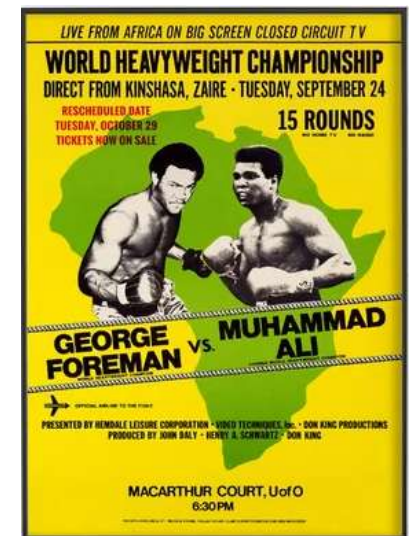
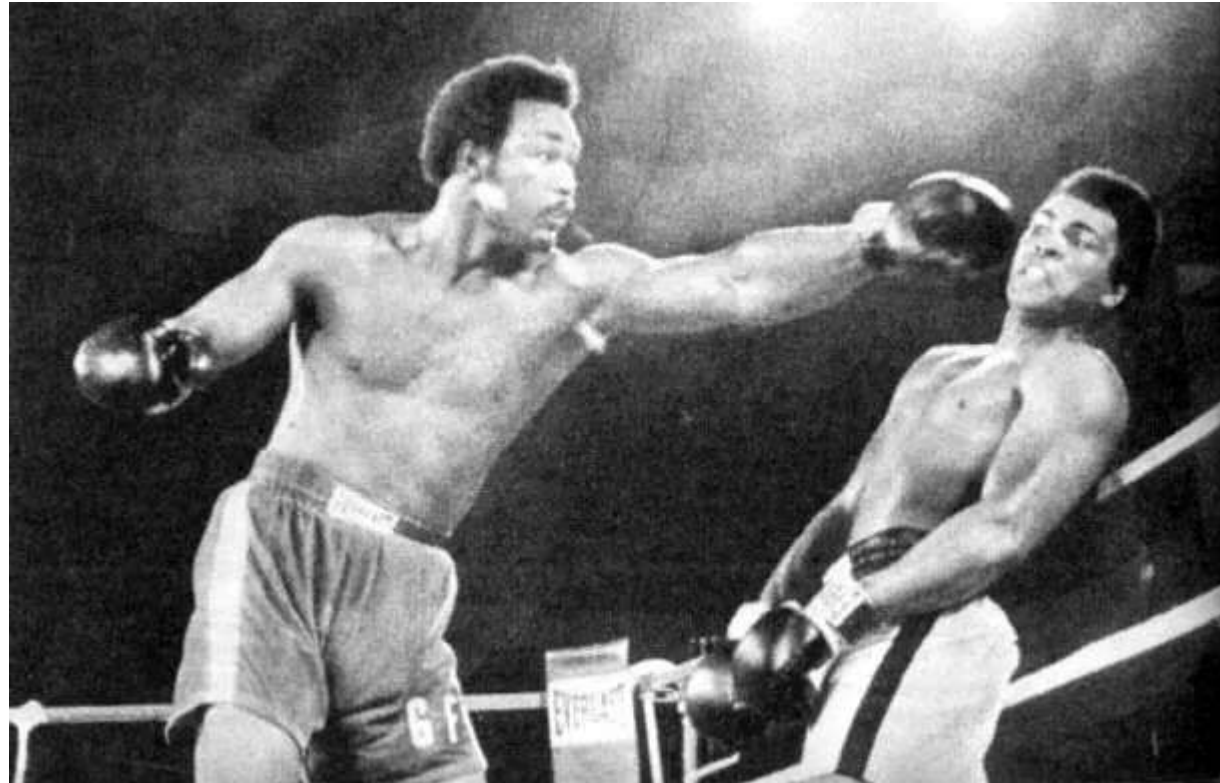
TERM SAMTALSMETODIK

- **Empati**
 - Går att tappa
 - Går att träna



TERM SAMTALSMETODIK

- **Rope-a-dope**



TERM SAMTALSMETODIK



- Empowerment/Egenmakt, möjliggörande
- I samtal:
 - "Vad bra, jag hör att du kan påverka dina symtom",
 - "Det finns många små saker du kan göra som är steg i rätt riktning",
 - "Jag hör att du har klarat av svåra perioder tidigare i livet"

STOP-övningen: Instruktioner

Börja med att förbinda dig att göra övningen en gång om dagen. Övningen behöver inte ta mer än 5 minuter. Du kan ställa in ett alarm i din telefon eller göra en anteckning för att påminna dig själv. När du har vant dig vid övningen kan du göra det till en vana att göra övningen när du tar regelbundna pauser under dagen, till exempel när du äter ett mellanmål.

Det är 4 enkla steg:

S – för Stopp: ta en paus från det du håller på med. Vänd din uppmärksamhet inåt.

T – Ta kontakt med förnimmelserna eller känslorna i din kropp som de är just nu. Du kan förankra dig i kroppen på något sätt som fungerar för dig. Till exempel genom att följa din andning under några in- och utandningar, eller genom att placera handen över hjärtat.

O – för Observera. Här lägger du märke till symtom, tankar, känslor och impulser att agera som är närvarande just nu.

P – för Prioritera. Prioritera att ta hand om och vårda dig själv i din nästa åtgärd. Behöver du ta en paus, göra en andningsövning eller röra på kroppen på ett särskilt sätt utifrån det du observerar?

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?"



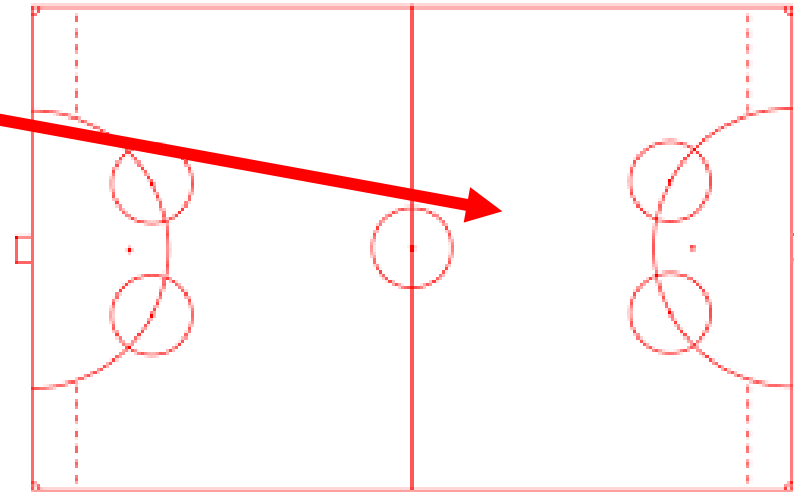


2: "Rope a dope"



- 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



182691828

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

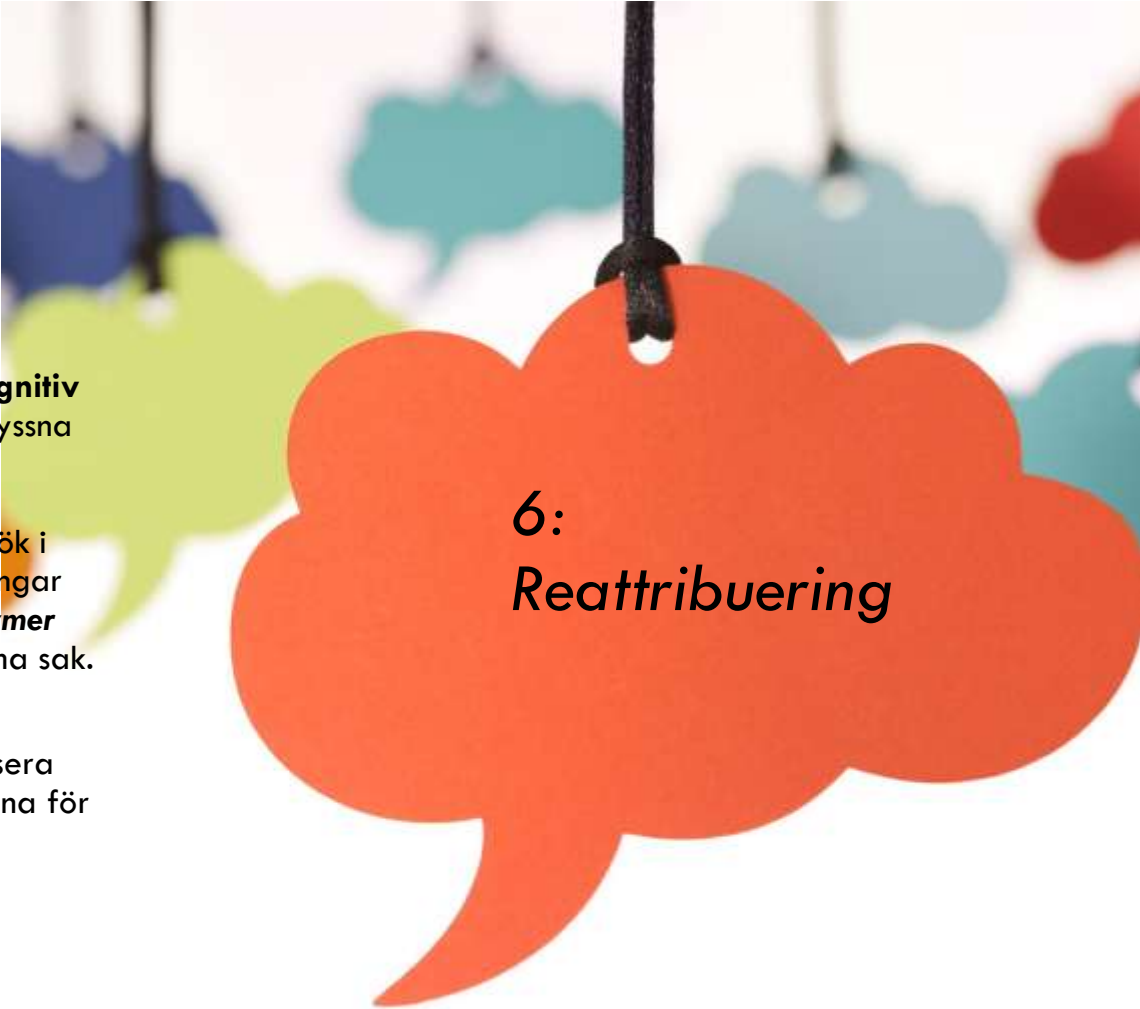


5: *Sammanfatta*

- **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			

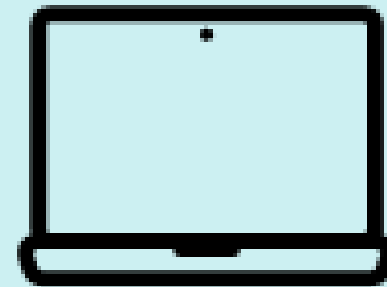
9: Redo?

- **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.



Glitch i mjukvaran

Det skulle gå att likna din kropp vid en dator. Hårdvaran – alltså kroppen – är intakt, men det har blivit en glitch i mjukvaran.



Olika språk

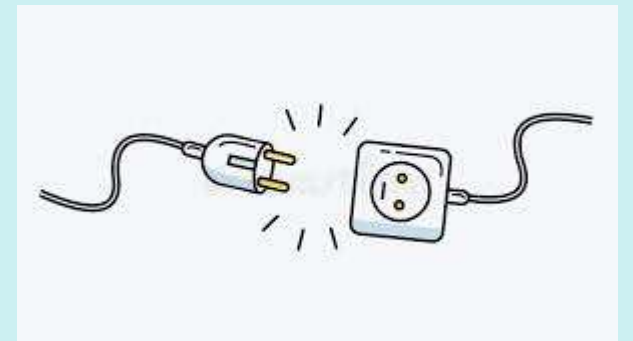
Det är som att hjärnan och kroppen pratar olika språk just nu – vi ska hjälpa dem att börja förstå varandra igen.



Kopplingarna funkar inte

Signaler från vissa områden i din hjärna når inte fram dit de ska – det gör att du inte kan utföra det som du vill kunna göra.

Vi ska försöka hjälpa dig att få tillbaka kopplingen.



Filtermodellen

Vi har som ett filter i hjärnan som hjälper oss att sortera intryck som inte är viktiga. Vid stress, oro eller osäkerhet kan detta filter bli glesare, vilket gör att vi uppfattar fler kroppsliga signaler än vanligt. Det betyder inte att något är fel i kroppen, eller i hjärnan, utan enbart att fler signaler når hjärnan och att signalerna tolkas annorlunda.



Brandlarmet och brödrosten

Det är som när ett brandlarm går igång för att någon rostat ett bröd. Det finns en signal som brandvarnaren reagerar på. Signalen är så pass liten att brandvarnaren egentligen inte hade behövt reagera på den, men brandvarnaren reagerar som att det brinner.



Volymratten

Volymen på kroppens signaler är uppvriden, vilket gör att signalerna upplevs och uppmärksammas mer än de hade behövts. Signalerna är verkliga, men volymreglaget är uppvridet så mycket att signalerna blir mer högljudda än de hade behövt.



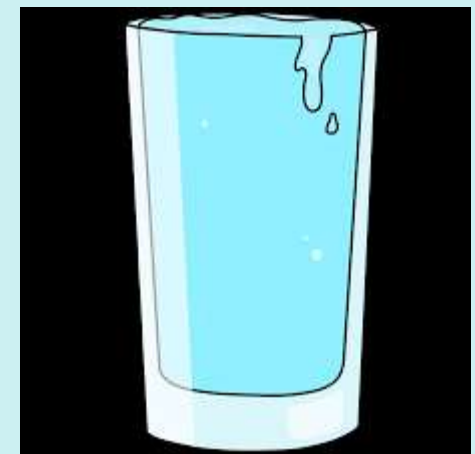
Stressrespons

*Vid ett funktionellt tillstånd är kroppen i ett slags stresstillstånd.
Många funktionella symtom liknar de normala kroppsliga
reaktionerna som vi får vid stress.*



Bägaren rinner över

Tänk dig att varje människa har en inre bägare som fylls med olika typer av belastning. För många är bägaren lagom stor och har en viss marginal innan den blir full. Men för vissa, särskilt vid ökad sårbarhet eller långvarig stress, kan bägaren vara mindre eller redan nästan full. När fler belastningar tillkommer kan bägaren rinna över, och kroppen signalerar med symtom.



Kroppen har gått i baklås

Det är som att kroppen har gått i baklås och vi behöver hjälpas åt att låsa upp den lite i taget.



Hotfokuseringsmodellen

Vi är skapta för att uppmärksamma saker som kan vara hotfulla. När hjärnan inte vet om ett symtom är farligt eller inte så fokuserar den på symtomet och kan ha svårt att tänka på annat. När vi kan konstatera att symtomet inte är farligt så kan hjärnan släppa fokus och återgå till att uppmärksamma det du vill fokusera på.



Konsertmetaforen

*Efter en konsert kan det ringa i öronen även när musiken har tystnat.
Kroppen kan fortsätta skicka signaler även efter att det som utlöste
dem är borta.*



Slottsfästningsmetaforen

Kroppens anpassningssystem har blivit så vaksamma och försöker skydda dig så mycket att de signalerar till dig hela tiden – även för saker som är helt ofarliga.



Snöbollen

När något av kroppens anpassningssystem har börjat fungera dåligt drar det gärna med sig de andra systemen och blir som en snöboll som blir större och större. På samma sätt kan flera system återställas när ett av systemen börjar fungera bättre.



Hjärnans karta

Hjärnan har som en karta över kroppen så att den ska förstå var saker händer. Ibland blir det fel i hjärnans uppdatering av kartan så att den uppfattar fel. Den kan till och med göra så att vi tror att vi har en del av kroppen som vi inte har, eller att vi inte har en del av kroppen som vi faktiskt har. Eller att en del av kroppen fortfarande är skadad fast den redan läkt. Vi kan hjälpa hjärnan att få en bättre karta genom att lära om.



Pusslet

Att förstå symtomen är som att lägga pussel. Vissa har pussel med många små bitar, andra har några få stora. Precis som med ett pussel så kan man ofta se vad pusslet föreställer utan att alla bitar är på plats. Och ibland måste vi lära oss att leva ett gott liv med ett pussel som saknar bitar.



Återhämtning

Har du tidigare...	Bör du nu...
Suttit ner	Resa dig upp
Lyssnat aktivt	Avlasta hörseln och befinna dig i tystnad Vara den som pratar Lyssna på något som inte kräver riktad uppmärksamhet
Varit i samma rum en längre tid	Byta rum
Varit inomhus	Gå utomhus
Rört dig mycket	Låta din kropp vara stilla
Varit bland många människor	Vara ensam Vara med en person som du kan slappna av med
Varit ensam länge	Ta dig ut bland folk Prata med någon
Varit utan nya intryck	Ge kroppen nya intryck
Tittat länge på en skärm	Ta bort skärmen helt
Varit konstant tillgänglig	Gör dig otillgänglig
Suttit stilla i en position	Byta position
Skrattat och varit trevlig	Tillåta dig att bara vara Vara för dig själv
Varit i stillhet	Vara i aktivitet
Stirrat på vita väggar	Se natur Titta på något trevligt Vara kreativ

(Leg psykolog Hannah Linnros, Linköpings
Universitetssjukhus)

FRÅGOR?

www.stokapsykkonsult.com
callesjostrom@gmail.com

