

Funktionella neurologiska störningar inom neurologisk slutenvård Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention

Syftet med vårdprogrammet är att säkerställa evidensbaserat arbetssätt vid Fysioterapikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset. Vårdprogrammen riktar sig främst till fysioterapeuter internt men även externt och till andra som kan tillgodogöra sig innehållet.

Innehåll	sid
Introduktion	2
Målsättning	2
Intervention	2-4
Mätmetoder	4-5
Utfallsmått lämpliga för användning i värdebaserad vård	5
Restriktioner	5
Uppföljning/vårdkedja	6
Referenser	7
Bilaga 1	8

Författare

- Hellen Akumu-Opwapo. Leg. Sjukgymnast
 - Belinda Sarlija. Specialistsjukgymnast. MSc
- Reviderat av:

Kontaktinformation

- michachellen.akumu-opwapo@karolinska.se
- belinda.sarlija@karolinska.se

tel 08-585 81 955, Neuro/Geriatriska sektionen, Fysioterapikliniken, Karolinska Universitetssjukhus.

Sökvägar

- Databaser: www.sbu.se
www.pubmed.se
www.cochrane.com
- Sökord: Hysterical paralysis, Dissociative disorder, Motor Convension Disorder, Physical therapy, Therapy.

Produktionsår

- 2015

Revideringsår

Introduktion

Funktionella neurologiska störningar är en psykiatrisk diagnos, men patienterna söker oftast på neurologisk klinik på grund av motoriska eller sensoriska besvär. I regel krävs samarbete mellan neurologer och psykiater för att ställa diagnosen (1). Dessa störningar kan drabba individer i alla åldersgrupper, oberoende av etnicitet och social bakgrund (2-4).

Fysiskt trauma, panik attack eller oförväntade fysiologiska händelse beskrivs ofta vid symtomdebut av funktionella neurologiska störningar.

Vanligast förekommande symtom är:

- Motoriska symtom eller bortfall som balansstörning, gångrubbningar, paralyt eller svaghet.
- Sensoriska symtom eller bortfall som dubbelseende, blindhet, synbortfall, känselbortfall, smärta, hallucinationer.
- Epileptiska anfall, genuina och med pålagringar eller konvulsioner.
- Flera symtom i kombination med varandra från ovanstående grupper (5,6,7).

Etiologin för funktionella neurologiska störningar är okänd. Biologiska, psykologiska och sociala faktorer antas ha betydelse. Det finns ett linjärt samband mellan antal somatiska symtom och frekvens av tidigare eller aktuella episoder av ångest och depression samt emotionell stress (8).

En nyckelfaktor vid behandling är efter en noggrann utredning en tydlig förklaring av diagnosen och en adekvat förklaring som hjälper patienten förstå att ett genuint sjukdomstillstånd föreligger och att det kan gå i regress (9).

Målsättning med den fysioterapeutiska interventionen på en akut neurologisk avdelning är:

- 1) Att göra en grundlig bedömning av patientens symtom och funktionsnivå för att i samarbete med det multidisciplinära teamet på avdelningen kunna fastslå att patienten drabbats av en funktionell störning.
- 2) Att i samarbete med det multidisciplinära teamet hjälpa patienten vidare i vårdkedjan, så att hen får den behandling och rehabilitering som krävs.

Intervention

Undersökning av symtom och bedömning av funktion är en viktig komponent vid fysioterapeutisk kontakt på neurologiska kliniken. Den fysioterapeutiska bedömningen och undersökningen utgår från fysioterapiprocessen och är individanpassad.

Moment som kan ingå:

- 1) Anamnes med nuvarande och tidigare funktionsförmåga.
- 2) Inspektion i rörelse/vila.
- 3) Neurologisk status/funktionsbedömning t.ex.
 - Proprioception, beröring, känsla, smärta
 - Muskelfunktion: grov kraft, tonus, co-kontraktion, antagonistaktivering, medrörelse, funktionella tester (ex. trappgång, 10m gångtest) (10-12).
 - Balans (ex. Bergs balansskala, Timed Up and Go test) (10, 12-15).
 - Koordination (ex. finger-näs, knä-häl osv.)
 - Gång- samt förflyttningsbedömning. Vid bedömningen observeras förflyttning från liggande till sittande och eventuellt gång. Ex. patient med svaghet i ett ben kan släpa benet utan att förlora ledstabilitet i höft, knä eller fot. Om patienten uppmärksamhet riktas åt annat håll kan gången förändras och bli säkrare och stabilare. Detta sker då omedvetet.

En fysioterapeut bedömer att en uppsättning symptom eller ett funktionshinder som patienten uppvisar vid undersökningen kan ha funktionell grund när det som patienten berättar inte stämmer med resultat från den neurologiska undersökningen eller observationen av patienten under aktivitet, till exempel att patienten anger svårighet att utföra vissa rörelser som vid undersökning visar sig fungera väl. Vid undersökning görs ofta viktiga fynd när fokus läggs på något annat än själva symtomen eller aktivitet man undersöker.

Vid funktionella symptom är det prognostiskt gynnsamt med kort sjukdomsduration, tidig diagnos och att patienten känner hög tillfredsställelse med vårdinsatser.

Rehabiliteringsplan i team bör göras upp kort tid efter bedömningen för att ge positiv förstärkning på normal funktion (16). Patienten ska medvetandegöras om sina egna resurser och problem.

Motivera patienten med positiv förstärkning efter utförd aktivitet så som värmebehandling men undvik för mycket beröm då patienten kan må sämre av det eller uppleva att hennes symptom ifrågasätts. Visa respekt och ha förståelse för patientens besvär (9,16).

Positiva faktorer för effekt av fysioterapi är patientens engagemang i rehabiliteringen, kort symptomduration, en tydlig utlösande livshändelse och förbättring i inledningsfasen av vård- eller behandlingstillfället (17).

Vid funktionella neurologiska störningar bör förflyttningshjälpmedel användas restriktivt, eftersom de kan förstärka patientens symptom. Under tiden på avdelningen får patienten förflyttningshjälpmedel som uppmuntrar till aktivitet och ger positiv förstärkning på normal funktion. Generella behandlingsprinciper är att behandlingen utgår från patientens behov och svårighetsgraden stegras successivt.

För fysioterapeutisk behandling och rehabilitering i öppenvård vid funktionella symptom se separat vårdprogram för fysioterapeutisk intervention vid Funktionella neurologiska störningar, Karolinska Universitetssjukhuset.

Tabell 1. Interventioner för personer med funktionell neurologisk störning.

Intervention	Evidensnivå/ referens	Kropps- funktion	Aktivitet /delaktighet	Omgivning /miljö
Anamnes	Klinisk praxis, Studier (18)			
Bedömning av neurologisk status	Klinisk praxis, Studier (18)	x		
Hjälpmedels- utprovning	Klinisk praxis		x	x
Gångträning	Systematisk litteraturoversi- kt, studie (9,16,18,19)		x	
Träning av basala förflyttningar	Studier (9,16,18,19) Beprovd erfarenhet	x		
Balansträning	Studier, (9,16,18,19)	x	x	
Koordinationsträning	Studier (9,16,18,19)	x	x	x
Smärtbehandling	Klinisk praxis, beprovd erfarenhet, lokalt vårdprogram	x		

Mätmetoder

Vid undersökning ska fokus läggas på något annat än själva symtomen eller aktivitet man undersöker

Ex. Patienten som har nedsatt balans och svårighet att sitta/stå. Test av balans utförs med koordinationstest i fokus där ex. finger- näs utförs i sittande/stående dvs. koordinationstest ska betonas men balansen i sittande/stående observeras. Patient med funktionella besvär kan utföra testet i sittande/stående utan besvär även med fötterna intill varandra i stående. Vissa patienter kan även klara stegring som att

blunda eller stå med ena foten framför den andra.
Här nedan följer förslag på bedömningsinstrument som kan användas.

Tabell 2. Översikt över utvalda mätmetoder/ utvärderingsinstrument som har klassificerats enligt ICF.

Mätmetod	Syfte	Kropps- funktion	Aktivitet/ delaktighet	Omgivning /miljö
Timed up and go test (12)	Test av förflyttningsförmåga och användas även för bedömning av fallrisk		x	
Bergs balansskala (10-12)	Test av balansen i olika positioner/ moment	x	x	
10m gångtest (10)	Test av självvald gånghastighet		x	
Finger-näs	Test av koordination	x		
Funktionella tester	Bedöma gång- och förflyttningsförmåga	x	x	
EQ5D	Livskvalitet	x	x	

Utfallsmått lämpliga för användning i värdebaserad vård

EQ5D- är ett standardiserat instrument vid kvalitetsuppföljningar i hälso-och sjukvården samt klinisk forskning. Den mäter fem olika faktorer: rörlighet, egenvård, vardagliga aktiviteter, smärta och oro. EQ5D används vid direkt utvärdering av behandlingsresultat, är lätt att följa upp samtidigt som den används vidare vid uppföljning/ vårdkedjan.

Restriktioner

Det finns inga specifika restriktioner för patienter med funktionella neurologiska symptom, men det kan finnas restriktioner knutna till en eventuell bisjuklighet och med hjälpmedel.

Suicidalitet ska uppmärksammas.

Uppföljning/vårdkedja

Nivå för fortsatt behandling väljs i dialog med patienten och med hänsyn till sociala och psykiatriska faktorer.

Remiss till rehabilitering, skrivs av avdelningsläkare. Remiss kan skrivas till olika vårdnivåer (bil 1), till exempel:

- Inneliggande rehabilitering (Ex. Stora Sköndal).
- Dagvård minst 3 dagar i veckan i 4 veckor via Rehabiliteringsmedicinska kliniken, Danderyds sjukhus.
- Poliklinisk fysioterapi, ca.1ggr/veckan. Sektionen för smärta och psykisk ohälsa, Fysioterapikliniken, Karolinska Universitetssjukhus i Huddinge

Referenser

1. Lundin A. Psykogena motoriska störningar- konferensrapport. 2009.
2. Guz H, Doganay Z, Ozkan A, Colak E, Tomac A, Sarisoy G. Conversion and somatization disorders: dissociative symptoms and other characteristics. J Psychosom Res. 2004.
3. Carson AJ, Ringbauer B, Stone J et al. Do medically unexplained symptoms matter? A study of 300 consecutive new referrals to neurology outpatient clinics. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 2000.
4. Binzer M & Kullgren G. Motor conversion disorder: a prospective 2-5 year follow-up study. Psychosomatics. 1998.
5. <http://www.neurosymbols.org/20140925>
6. <http://www.funktionellasymptom.se/20140925>
7. Gelauff J, Stone J, Edwards M, Carson A. The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2013
8. Colin AR. Differentiating multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. Dissociation. 1992.
9. Fagius J AS. Neurologi. 2006.
10. Oberg T, Karsznia A, Oberg K. Basic gait parameters: reference data for normal subjects, 10 to 79 years of age. J Rehabil Res Dev. 1993.
11. Bohannon RW. Comfortable and maximum walking speed of adults aged 20-79 years: reference values and determinants. Age Ageing. 1997.
12. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up&Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991.
13. Jensen J, Lundin-Olsson L, Lindmark B, Nillbarnd A, Gustafsson Y. Bergs balansskala: prövning av interbedömarreliabilitet. Nordisk Fysioterapi. 1998.
14. Lundin-Olsson L, Jensen J, Waling K. Bergs balansskala, den svenska versionen av the balance scale. Sjukgymnasten Vetenskapligt supplement. 1996.
15. [Fysioterapi Långvarig generaliserad smärta.pdf](#). vårdprogram. 2008.
16. Dallochio C, Arbasino C, Klersy C, Marchioni E. The effects of physical activity on psychogenic movement disorders. Mov Disord. 2010.
17. Czarnecki K, Thompson JM, Seime R, Geda YE, Duffy JR, Ahlskog J. Functional movement disorders: successful treatment with a physical therapy rehabilitation protocol. Parkinsonism Relat Disord. 2012.
18. http://www.fysioterapeuterna.se/Global/Professionsutveckling/Om%20professionen/Definition_SG.pdf. 2014-11-04.
19. Sone J, Zeman A, Sharpe M. Functional weakness and sensory disturbance. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2002.
20. Jordbru A, Smedstad L, Klungsoyr O, Martinsen E. Psychogenic gait disorder: a randomized controlled trial of physical rehabilitation with one-year follow-up. J Rehabil Med. 2013.
21. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. Health Policy. 1990 Dec;16(3):199-208. PubMed PMID: 10109801. Epub 1990/11/05. eng.

Bil.1. Flödesarbete för patienter med funktionella neurologiska störningar. 2014

