

Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention

Flödesschema psykosomatik

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	3
Mätmetoder	5
Restriktioner	5
Uppföljning/vårdkedja	5
Referenser	6

Författare

- Birgitta Helmerson Ackelman, Ingegerd Johansson, Adrienne Levy Berg. Sektionen för smärta och psykisk ohälsa
- Reviderat av: Ingegerd Johansson, Adrienne Levy Berg, Elisabeth Grimholm

Kontaktinformation

Ingegerd.e.johansson@karolinska.se

Tfb 585 818 45

Sökvägar

- Psychinfo

Produktionsår

- 2009

Revideringsår

- 2014

Introduktion

Vi vänder oss till de vårdgivare som möter patienter som söker vård och där det finns en multifaktoriell bakgrund till besvären dvs. att symptomen och dess orsaker har somatiska, sociala och psykologiska aspekter. Det kan t ex vara patienter med stressrelaterade besvär eller kroppsliga symptom pga psykisk påfrestning. Vi tar emot patienter från samtliga kliniker på Karolinska Universitetssjukhuset samt primärvården. Patienten bör ha genomgått en somatisk utredning.

Målsättning

Det övergripande målet är att öka patientens förmåga att uppfatta sin kropp; att känna den, att förstå, respektera och hantera signaler från kroppen samt att förstå sig själv i ett psykosocialt sammanhang. Acceptans av livssituationen och ökad medvetenhet om kroppen kan stärka tilliten till den egna förmågan såväl kroppsligt som mentalt (1-3). Fysioterapi inom det psykosomatiska fältet utgår ifrån patientens upplevelser av sitt lidande och sina resurser. Patientens enskilda symptom ses ur ett biopsykosocialt perspektiv.

Specifika mål:

- Att patienten kan förstå och acceptera sina besvär/ sin diagnos
- Att patienten kan uppmärksamma/lära sig hur symptom samspelar med tankar/känslor/handlingar
- Att patienten får en ökad förmåga till meningsskapande och förståelse för eventuella samband mellan symptom, känslor och övriga livshändelser
- Att patienten får möjlighet att uttrycka sig på annat sätt än genom kroppsliga symptom
- Att patienten får ökad funktionsförmåga
- Att patienten får minskade symptom

Intervention / bedömning

Remiss inkommer och registreras samt diskuteras i remissgruppen som inbördes fördelar remisserna.

Patienten kallas för bedömning via telefon/brev i Take Care. Tillsammans med kallelse brevet bifogas utvärderingsinstrument som patienten bör besvara och ta med till första besöket. Lämpliga enkäter sänds till patienten:

- Enkät "Allmänna uppgifter inför besöket på fysioterapikliniken"
- EQ5D-5L (4) Euroqual 5 dimensions, livskvalitet skattning)
- HAD (5); Hospital Anxiety and Depression scale)
- ISI (6); Insomnia Severity Index)
- MIDAS (7) Migraine Disability Assessment)
- TSK (8); Tampa Scale of Kinesiophobia

Bedömningen innefattar:

- Anamnes/samtal
- Genomgång av enkätsvar
- Kroppslig undersökning
- Sammanfattande bedömning

Bedömningen skall utmytna i en sammanfattning av patientens problemområden samt patientens resurser och motivation till behandling. Stor vikt läggs vid hur patienten förstår sina besvär och vilken inställning och förväntning patienten har på behandlingen.

Sammantaget ligger detta till grund för om och i så fall vilka interventioner som kan bli aktuella. Det är väsentligt att möta patienten på den nivå hon/han befinner sig (9, 10).

Efter den inledande kontakten dras ärendet åter i kamrathandledning där en gemensam bedömning och beslut tas om ev. behandlingsinsats. Gruppen fattar gemensamt beslut om behandlingsinriktningen och ger förslag på målformulering. I de fall patienten inte blir aktuell för behandling återförs den sammanfattande bedömningen till patienten och patienten återförs till remittenten.

Bedömningsfasen avslutas med ett remissvar där planeringen för patienten framgår.

Intervention / behandling

Tillsammans med patienten görs en specifik problem- och målformulering. En behandlingsplan och ett behandlingskontrakt utformas.

Behandlingen kan innehålla någon eller flera av nedanstående interventioner som kan ske individuellt eller i grupp. Alla kroppsinriktade behandlingar integreras med samtal i någon form; stödjande, psykopedagogiska eller psykoterapeutiska för att öka förståelsen för samband mellan livshändelser, kropp och känsla (biopsykosocialt perspektiv).

Kroppsmedvetande träning (KMT)

Målsättningen för KMT är att öka patientens uppmärksamhet på kroppsliga signaler och förståelse för kroppsliga reaktioner, t.ex. genom att uppmärksamheten riktas inåt mot upplevelser och skeenden i den egna kroppen. KMT innefattar spänningsreglering, koordinations-, balans- och symmetriövningar. Fokus riktas särskilt mot rörelsecentrum, kontakten med underlaget, mittlinje, andning och närvaro i nuet (11). KMT har utvärderats för patienter med psykiatriska diagnoser (12, 13) bäckensmärta (14), sexuella övergrepp (15), psykosomatiska besvär (16) samt vid mag-tarmbesvär (17).

Mindfulness

Mental närvaro, mindfulness, (18) tränas systematiskt genom kroppskännedomsövningar.

Avslappningsträning Olika former av avslappning/avspänning ingår oftast som en del av ett behandlingskoncept. På Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

POSTADRESS
SE-171 76 STOCKHOLM

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET, HUDDINGE
BESÖKSADRESS HÄLSOVÄGEN, FLEMINGSBERG
TELEFON VX 08-585 800 00

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET, SOLNA
BESÖKSADRESS KAROLINSKA VÄGEN, SOLNA
TELEFON VX 08-517 700 00

erbjuds avspänning i gruppform. Tillämpad avslappning (TA; (19), är en metod som används i syfte att ge patienten redskap för att hantera ångest/oro/spänning (20). Tillämpad avslappning (TA), som tränas enligt manual (19), har visat jämförbara resultat som kognitiv terapi och kognitiv beteendeterapi vid ångeststörningar med ångesreduktion på 50-60 % mätt med STAI (20, 21).

Beröring och massage

Olika former av massage och beröring kan användas såväl i avspännande som vitaliserande syfte (1, 22, 23). Vid beröring, massage eller värmebehandling bildas hormonet oxytocin som i samspel med andra hormoner och signalsubstanser i hjärnan sänker stressnivån och bidrar till vila, lugn och ro. Det finns också belägg för att känsligheten för smärta minskar. Massagen kan också bidra till en känsla av att vara accepterad vilket kan stärka självkänslan och bidra till helande processer (1, 10). Aktiverande massage kan ge patienten en ökad känsla av stabilitet och kroppslig närvaro.

Fysisk aktivitet

Träning har visat god effekt vid mild till måttlig depression (24, 25) samt i stressförebyggande syfte. De träningsformer vi erbjuder är träning i varmvattenbassäng, träning i rehabiliteringsgym samt medicinsk yoga i grupp. Vi förskriver även FaR för ökad fysisk aktivitet utanför sjukhuset. För vissa patienter använder vi träning som ett sätt att bryta inaktivitet och öka delaktighet i samhället. Träning med stöd av fysioterapeut använder vi även för att övervinna rörelserädsla t ex med målet att våga delta i hjärtrehabilitering och fysiskt ansträngande tester som arbetsEKG.

Smärtlindring

För gemensam förståelse av patientens smärta görs en noggrann anamnes och analys av smärtans art, funktion och konsekvenser i patientens liv. Smärtan ses ur ett biopsykosocialt perspektiv. Interventioner bygger på ett beteende-terapeutiskt synsätt och kan vara i form av psykoedukation, terapeutiska samtal, acceptans, olika former av smärtlindringstekniker för egenhantering av smärta, anpassad träning, eller någon av de övriga tekniker som beskrivs ovan (8, 19, 26, 27).

Kropppsykoterapi

Den kropppsykoterapeutiska behandlingen fokuserar på patientens förhållningssätt till kroppen och känslomässiga upplevelser samt handlingsmönster i relation till känslomässigt betydelsefulla personer (28). Kroppsliga tekniker integreras med samtal där det övergripande syftet är ökad affektmedvetenhet (29). De kroppsliga interventionerna är av olika slag; såsom andning, spänningsreglering, beröring. En minskad muskulär spänning kan innebära att en tidigare återhållen andning blir mindre kontrollerad och därmed ökar möjligheten att få kontakt med känslor (2, 30). Den ökade kroppsmedvetenheten kan ge patienterna en ökad känsla av kontroll och större förståelse för sambandet mellan kroppsliga manifestationer, upplevelser och känslor. På så sätt kan kroppsliga upplevelser bli möjliga att förstå som meningsfulla signaler om den egna livssituationen istället för att väcka rädsla och misstolkas som en kroppslig sjukdoms manifestation (10).

Mätmetoder/utvärdering

Patienten ombeds besvara de enkätinstrument som användes vid behandlingsstart, se under punkten bedömning på sidan 2.

Restriktioner

Uppmärksamhet på suicidalitet, ev. neuropsykiatrisk diagnos.

Uppföljning/vårdkedja

1. Bedömningsfasen avslutas med ett remissvar där planeringen för patienten framgår.
2. Utvärdering vid avslutad behandling
3. Remissvar/epikris till remittent där behandlingsresultatet framgår
4. I samtycke med patienten sker i vissa fall vid bedömnings-/behandlingsavslut en överrapportering till annan vårdinstans såsom fysioterapeuter i primärvård eller psykiatrisk öppenvård.

Referenser

1. Ekerholt K, Bergland A. Massage as interaction and a source of information. *Advances in physiotherapy*. 2006;8:137-44.
2. Ekerholt K, Bergland A. Breathing: A sign of life and a unique area for reflection and action
Physical therapy 2008;88(832-840).
3. Ekerholt K, Bergland A. The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: Patients experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian journal of public health*. 2004;32(6):403-10.
4. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group 1990 [updated Dec; cited 16 3]. 1990/11/05:[199-208]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10109801>
<http://www.euroqol.org/>.
5. Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983 Jun;67(6):361-70.
6. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med*. 2001;2(4):297-307.
7. Lipton RB, Stewart WF. MIDAS. In: Albert Einstein College of Medicine NY, NY, och Johns Hopkins University, Baltimore, MD., editor.
8. Lundberg M. Kinesiophobia - various aspects of moving with musculoskeletal pain. . Göteborg University
The Sahlgrenska Academy at Göteborg University; 2006.
9. Levy Berg A, Sandahl C, Clinton D. The relationship of treatment preferences and experiences to outcome in generalized anxiety disorder (GAD). *Psychology and psychotherapy*. 2008 Sep;81(Pt 3):247-59. PubMed PMID: 18435869.
10. Levy Berg A, Sandahl C, Bullington J. Patients' perspective of change processes in Affect-focused Body Psychotherapy. *Body, movement and dance in psychotherapy*.5(2):151-69.
11. Gyllensten AL, Skar L, Miller M, Gard G. Embodied identity--a deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy theory and practice*. 2010 Oct;26(7):439-46. PubMed PMID: 20649495.
12. Hedlund L, Gyllensten AL. The physiotherapists' experience of Basic Body Awareness Therapy in patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Journal of bodywork and movement therapies*. 2013 Apr;17(2):169-76. PubMed PMID: 23561863.
13. Lundvik Gyllensten A, Hansson L, Ekdahl C. Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A Randomized Controlled Study of Patients in Psychiatric Outpatient Care. . *Advances in Physiotherapy*. 2003;5(4):179-90.
14. Mattsson M, Wikman M, Dahlgren L, Mattsson B. Physiotherapy as empowerment - Treating women with chronic pelvic pain. *Advances in Physiotherapy*. 2000;2(3):125-43.
15. Mattsson M, Wilkman M, Dahlgren L, Mattsson B, Armelius K. Body awareness therapy with sexually abused women. Part 2: evaluation of body awareness in a group setting *Journal of bodywork and movement therapies*. 1998;2(1):38-45.
16. Gard G. Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and rehabilitation*. 2005;27:725-8.

17. Eriksson EM, Moller IE, Soderberg RH, Eriksson HT, Kurlberg GK. Body awareness therapy: a new strategy for relief of symptoms in irritable bowel syndrome patients. *World journal of gastroenterology : WJG*. 2007 Jun 21;13(23):3206-14. PubMed PMID: 17589899.
18. Kabat-Zinn J, Williams M, Teasdale J, Segal Z. *Mindfulness, en väg ur nedstämdhet och depression*. Stockholm: Natur och Kultur; 2008.
19. Öst LG. Tillämpad avslappning – manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik. . In: Institutionen. SP, editor. 1997.
20. Öst L-G, Breitholtz E. Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000;3:777-90.
21. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. *State-Trait Anxiety Inventory for Adults*. . In: Redwood City CMG, editor. 1983.
22. Field T. *Touch therapies for pain management and stress reduction* Resnick RJ, Rozensky RH, editors. Washington, DC, US: American Psychological Association; 1996.
23. Moyer CA, Rounds J, Hannum JW. A meta-analysis of massage therapy research. *Psychological Bulletin* 2004;130:3-18.
24. Lawlor DA, Hopker SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2001;322:1-8.
25. Donaghy ME. Exercise can seriously improve your mental health: fact or fiction? *Advances in physiotherapy*. 2007; 9: 76-88. *Advances in physiotherapy*. 2007;9:76-88.
26. SBU. SBU utvärderar 2006. 177/1-2:[]
27. Gustavsson C. Applied relaxation in the treatment of long-lasting neck pain: a randomized controlled pilot study. *J Rehabil Med*. 2006;38(2):100-1007.
28. Monsen K MJ. Chronic pain and psychodynamic body therapy. . *Psychotherapy*. 2000;37:257-69.
29. Levy Berg A SR, Sandahl, C. . Affect-focused body psychotherapy in patients with generalised anxiety disorder: evaluation of an integrative method. *Journal of psychotherapy integration*,. 2009;19:67-85.
30. Haruki Y, Homma I, Umezawa A, Masaoka Y. *Respiration and emotion*. Tokyo, japan: Springer Verlag; 2001.