

PATIENTER MED FUNKTIONELLA SYMTOM

Uppföljning av behandling

Funktionella symtom, det vill säga funktionsavvikelser av till synes neurologisk art utan organisk förklaring, är ett relativt vanligt tillstånd. Idag vet vi inte hur man på bästa sätt behandlar denna patientgrupp. En uppföljning har gjorts av den teamverksamhet som pågick vid Akademiska sjukhuset, Uppsala, mellan 2013-2014. Resultaten beskrivs här av **Annika Rydgård, Amanda Rosengren-Blom, Karin Hellström** och **Camilla Ekwall**.

Funktionella symtom beskrivs av neurologen Jan Fagius som "funktionsavvikelser som till synes är av neurologisk art men saknar organisk förklaring".¹ Sjukdomstillståndet betingas av ett förändrat beteende hos patienten, som inadekvat utnyttjar sina intakta funktioner. Det förändrade beteendet uppträder utan att patienten är medveten om att hans eller hennes funktioner fortfarande är intakta. Sjukdomstillståndet innefattar psykologiska och somatiska symtom och beskrivs av Amerikanska psykiatriska föreningen, som gett ut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), som "ett avbrott i den normala integreringen av medvetande, minne, identitet, känslor, perception, kroppskännet, motorisk kontroll och beteende".² Uppkomstmekanismen kan bero på en underliggande emotionell stress som patienten omedvetet försöker undvika.^{2,3}

Vår kunskap kring funktionella symtom är bristande, men tillståndet är förmodligen lika vanligt förekommande som multipel skleros och schizofreni.⁴ Idag vet vi inte på vilket sätt man bäst behandlar denna patientgrupp. Vi vet dock att de patienter som inte får behandling har ett fortsatt avvikande rörelsemönster i över 80% av fallen.⁵ Dessa patienter riskerar även att utveckla Münchhausens syndrom, vilket innebär att patienten medvetet, upprepade gånger, agerar som om han eller hon har en fysisk eller psykisk sjukdom.^{6,7} Ett multimodalt arbetssätt som inkluderar flera

"Teamverksamheten beskrevs som "absolut nödvändig" och informanterna uttryckte att de inte kunde se något alternativ till denna behandlingsform."

olika behandlingsåtgärder via ett flertal yrkeskategorier rekommenderas starkt enligt ett flertal studier.⁸⁻¹⁰

FUNKTIONELLA TEAMET

I januari 2013 bildades en unik teamverksamhet vid Akademiska sjukhuset, Uppsala, för mottagande av patienter med funktionella symtom i öppenvård. Teamet kom att kallas "det funktionella teamet" och riktade sig mot patienter med somatiska besvär. Verksamheten bestod av läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut, psykolog, kurator och fysioterapeutbiträde. Riktlinjer för det funktionella teamet var att hjälpa patienter med funktionell störning till bättre funktion, aktivitetsförmåga och livskvalitet, att ge stöd till patienternas närstående, att hjälpa de vård- och stödinstitanser som övertar kontakten med patienterna med så bra underlag och rekommendationer som möjligt samt att bedriva undervisning och forskning. Läkaren hade det övergripande ansvaret för behandlingen, psykiatrisk diagnostik, remisser, eventuell farmakologisk behandling samt kommunikation med neurologer

och andra läkarspecialister. Fysioterapeutens uppgift var att motverka komplikationer i rörelseapparaten och att ge stöd, motivation och coaching. Arbetsterapeuten ansvarade bland annat för handfunktion, hjälpmedel och andra anpassningar. Psykologen och kuratorn ansvarade för psykologisk diagnostik, hantering av stressorer, strategier och anhörigkontakter. På grund av organisatoriska skäl lades tyvärr verksamheten ned i juni 2014.

STUDIEN

Syftet för denna studie var att undersöka vad de olika yrkeskategorierna i det funktionella teamet hade för erfarenheter och upplevelser av teamverksamhet som behandlingsform för patienter med funktionella symtom. En deskriptiv kvalitativ metod med innehållsanalys användes. Studien baserades på fem semistrukturerade intervjuer med de olika yrkeskategorierna i det funktionella teamet. Studien visar på vikten av denna typ av behandlingsform för patienter med funktionella symtom. Teamverksamheten beskrevs som "absolut nöd-

genom teamverksamhet

vändig” och informanterna uttryckte att de inte kunde se något alternativ till denna behandlingsform. Resultaten visar både på svårigheter och underlättande faktorer som det funktionella teamet upplevde vid behandlingen av patienter med funktionella symtom. Studien belyser även områden som det funktionella teamet hade önskat utveckla i hopp om att förbättra värden för denna patientgrupp samt områden för framtida forskning.

FYNDEN I KORTHET

Resultatet av studien visar att informanterna anser att teamarbete är nödvändigt vid behandling av denna patientgrupp. ”Det går nästan inte att jobba själv med de här patienterna. Alltså det blir, det blir fruktansvärt tungt. I och med att det är både motoriskt och psykologiskt eller psykiatriskt så måste man vara ett team. /.../ Det måste vara olika yrkeskategorier, alla delar behövs verkligen.” Det framkom att det var mycket positivt att de olika yrkeskategorierna hade olika perspektiv på patienternas problematik och att de sedan hade möjlighet att indi-



viduellt anpassa behandlingen, då patientgruppen beskrevs som ”enormt heterogen”. Varje yrkeskategori beskrevs som viktig och ansågs vara betydelsefull vid olika steg i behandlingen. Informanterna var eniga om att vården kring dessa patienter varit bristfällig och spretig, och att patienterna ofta kände sig åsidosatta och vilsna i vården.

SVÅRIGHETER VID BEHANDLING AV PATIENTGRUPPEN

I resultatet framkom att det vid bildandet varken funnits någon samsyn eller tydlig målsättning för det funktionella teamet. Orsaken till detta beskrevs vara bristande evidens för hur man bäst behandlar patienter med funktionella symtom. På grund av den bristande evidensen beskriver informanterna att man utgått från individen och försökt behandla patienten på bästa sätt utifrån dennes symtom och besvär. På grund av den stora spridningen på de uttryck som de funktionella symtomen kan ta, har det funktionella teamet inte kunnat följa någon tydlig modell för hur behandlingen bäst bör genomföras. Problematiken har emellertid berott på att samtliga yrkeskategorierna individanpassat behandlingen var och en för sig, istället för att de gemensamt diskuterat och formulerat en målsättning för varje patient och dennes specifika problematik.

Ingen av informanterna kunde redogöra för på vilket sätt eller vilken förklaringsmodell de övriga yrkeskategorierna arbetade efter. ”Det enda som jag aldrig riktigt fick kläm på var vilka metoder dom använde och varför dom använde just dom metoderna och hur det funkade. Jag frågade ibland med det fick jag inte riktigt kläm på.” Informanterna kunde endast beskriva hur någon av yrkeskategorierna arbetade, ofta den yrkeskategori som de arbetade närmast. Det berättades att de inte känt de övriga teammedlemmarna så väl som de eventuellt behövt, för att bland annat kunnat ha kunskap om hur de övriga yrkeskategorierna arbetar. Detta har förmodligen varit en bidragande orsak till att teamverksamheten inte fungerat optimalt.

En annan faktor informanterna upplevde, som möjligen försvårat behandlingen av patientgruppen, var den missstro flera funktionella patienter har till



”Behandlingen bör bygga på ett samarbete och en ömsesidig respekt mellan patienten och de olika yrkeskategorierna för att patienten i sin tur ska kunna bli frisk.”

vården. Informanterna berättar att det är vanligt att patienten inte riktigt har fått ett gott bemötande, ett professionellt förhållningssätt eller att patienterna inte fått sin diagnos förklarad på ett bra sätt. Det har tidigare påvisats att en ordentlig utredning och förklaring av symtomen är av yttersta vikt för ett gott resultat av behandlingen.¹¹

Det framkom ytterligare att det har funnits ett behov av stöd inom arbetsgruppen vid behandling av funktionella patienter ”Med en del patienter, ja det är lätt att det blir missförstånd och konflikter i en personalgrupp med en viss typ av patienter inom psykiatri.” Vikten av stöttning inom teamverksamheten visas ur en annan synvinkel då patienten själv väljer att agera ut mot en viss behandlare inom personalgruppen. ”Patienterna kanske blir arga, utser en till syndabock och att man då får stöttning från teamet är ju jätteviktigt, och att alla kör på samma linje.”

ETT GOTT RESULTAT AV BEHANDLINGEN

Det beskrevs att patienten måste ha en vilja att bli bättre för att behandlingen ska lyckas. Behandlingen bör bygga på ett samarbete och en ömsesidig respekt mellan patienten och de olika yrkeskategorierna för att patienten i sin tur ska kunna bli frisk. Detta kan jämföras med en studie av Turner J, et al, där man beskriver att det finns en risk för försämring då patienten inte accepterar sin diagnos och därmed inte kan gå vidare i behandlingen.⁷

Det anses vara av vikt att patienten får sin diagnos relativt tidigt under behandlingsperioden, i ett samtal där han eller hon har möjlighet att ställa frågor. Det beskrivs att kontakt med närstående är en viktig del i behandlingen för funktionella patienter.

Informanterna uttryckte att det var viktigt att följa upp patienterna en tid efter avslutad behandlingsperiod. Den-

”På grund av den bristande forskning som råder inom det studerade fältet är det av yttersta vikt att ta vara på de erfarenheter och upplevelser som finns vid behandling av patienter med funktionella symtom.”

na återfallsprevention skulle vara viktig utifrån flera aspekter: patienternas höga återfalls- samt suicidalitetsrisk, för att kunna utvärdera och för att kunna utveckla behandlingen av denna patientgrupp. Detta ligger i linje med de tidigare studier som publicerats inom området.²

UTVECKLINGSMÖJLIGHETER VID BEHANDLING AV PATIENTGRUPPEN

Det framkom att ett arbetssätt där yrkeskategorierna gemensamt träffar patienten, sätter upp mål och efter avslutad behandlingsperiod gemensamt samtalar med patienten vore det mest gynnsamma. En informant uttryckte en önskan: ”Ja, hur kommer man fram till målen? Ja, utefter att var och en i teamet träffar patienten och gör en bedömning och sedan sammanfaller det på konferens. /.../ Det är ju meningen att patienten ska ha samma mål vilken personalkategori den än träffar.” En annan informant uttryckte två anledningar till varför teamet gemensamt bör träffa patienten: ”... man träffar patienterna tillsammans så att patienten vet att alla i teamet har hört samma sak, och att dom också hör att vi tycker likadant.”

Det funktionella teamet arbetade med att minska den funktionella patientens stressnivå genom att arbeta med sociala stödåtgärder såsom att samordna utomstående kontakter, exempel på dessa är Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Företagshälsovården och arbetsgivare. Denna typ av samordnarfunktion visade sig vara något det funktionella teamet hade önskat utveckla.

För att kunna bilda en liknande verksamhet och uppnå större framgång krävs en tydlig och gemensam målsättning, att samtliga yrkeskategorier känner sig delaktiga och viktiga, får avsatt

tid för teamarbetet och möjlighet till frekventa teamträffar. Det krävs också att patientgruppen blir mer erkänd bland läkare, för att säkerställa att det finns någon som vill ta det medicinska ansvaret.

VAD STUDIENS RESULTAT HAR FÖR BETYDELSE

På grund av den bristande forskning som råder inom det studerade fältet är det av yttersta vikt att ta vara på de erfarenheter och upplevelser som finns vid behandling av patienter med funktionella symtom. Denna verksamhets uppbyggnad och arbetssätt kan utgöra en modell för hur man kan arbeta med att behandla patienter med funktionella symtom såväl i Sverige som internationellt.

FRAMTIDA FORSKNING

Det har visats i tidigare studier att en benägenhet att känna stress är en viktig riskfaktor för att utveckla funktionella symtom. Att arbeta med att identifiera individer som riskerar att utveckla funktionella symtom som en reaktion på stress skulle vara ett viktigt framsteg både för utveckling av behandling och i preventivt syfte.¹²

REFERENSER

1. Fagius J, Nyholm D. Neurologi. 5th ed. Stockholm: Liber; 2013:54–55.
2. MacPhee E. Dissociative disorders in medical settings. *Curr Psychiatry Rep.* 2013 Oct; 15(10):398.
3. Ness D. Physical therapy management for conversion disorder: case series. *J Neurol Phys Ther.* 2007 Mar; 31(1):30–39.
4. Akagi H, House A. The epidemiology of hysterical conversion. In: Halligan PW, Bass CM, Marshall JC, eds. *Contemporary approaches to the study of hysteria.* Oxford UK: Oxford University Press; 2001:73–87.

5. Ron M. The prognosis of hysteria/somatization disorder. In: Halligan PW, Bass CM, Marshall JC, eds. *Contemporary approaches to the study of hysteria.* Oxford UK: Oxford University Press; 2001:271–283.

6. Turner J. Munchausen's syndrome. *Lancet.* 2002 Jan; 359(9303):346–349.

7. Burton MC, Warren MB, Lapid MI, Bostwick JM. Munchausen syndrome by adult proxy: A review of the literature. *J Hosp Med.* 2014 Oct; doi: 10.1002/jhm.2268. [Epub ahead of print]

8. Goldstein LH, Deale AC, Mitchell-O'Malley SJ, Toone BK, Mellers JD. An evaluation of cognitive behavioral therapy as a treatment for dissociative seizures: a pilot study. *Cogn Behav Neurol.* 2004 Mar; 17(1):41–49.

9. Owens C, Dein S. Conversion disorder: the modern hysteria. *Adv Psychiatr Treat.* 2006 Mar 1; 12(2):152–157.

10. Reuber M, Mitchell AJ, Howlett SJ, et al. Functional symptoms in neurology: questions and answers. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2005 Mar; 76(3):307–314.

11. Schrag A, Brown RJ, Trimble MR. Reliability of self-reported diagnoses in patients with neurologically unexplained symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004 Apr; 75(4):608–611.

12. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science.* 2003 Jul; 301(5631):386–389.



ANNIKA RYDGÅRD
Nyexaminerad fysioterapeut
annika.rydgard@hotmail.se



AMANDA ROSENGREN-BLOM
Nyutexaminerad fysioterapeut
rosengrenblom@hotmail.com



KARIN HELLSTRÖM
Docent i fysioterapi, Uppsala universitet
karin.hellstrom@neuro.uu.se



CAMILLA EKWALL
Fysioterapeut, specialist i neurologi, universitetsadjunkt
camilla.ekwall@neuro.uu.se