



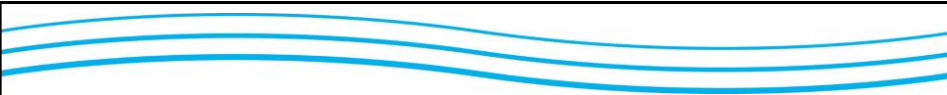
Fysioterapeutens roll i diagnostisering vid hypermobilitet/EDS/HSD

Thomas Torstensson, leg fysioterapeut,
Med Dr, Specialist smärta och smärtbehandling
Sundsvalls sjukhus och Uppsala universitet

www.rvn.se

1



Vem får ställa diagnos?

- Det finns inga särskilda regler för vem som får ställa diagnos eller sätta diagnoskod.
- All hälso- och sjukvårdspersonal som har tillräcklig kunskap om en sjukdom, en funktionsnedsättning eller en skada kan ställa diagnos inom ramen för sin yrkeskompetens.
- Att ställa en slutgiltig sjukdomsdiagnos kan därför ses som en process, där olika yrkesutövare bidrar med sin kompetens.
- Arbetsuppgiften att klassificera en diagnos är inte heller reglerad när det gäller vem som får utföra den.

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/diagnos>




www.rvn.se



2

Diagnostisering av hypermobilitet/EDS/HSD

- Diagnoserna är kriteriebaserade:
 - Anamnestiska uppgifter
 - Mätningar
 - Kroppsundersökning
- Kompletteras vid behov med ekokardiografi
- Uteslutande av andra sjukdomar/åkommor

Diagnostisering kräver TID och erfarenhet att:

- Ta upp en strukturerad anamnes
 - lyssna efter "rätt" saker
 - ställa "rätt" frågor
- Bedöma framförallt ledrörlighet och hudkvalitet



www.rvn.se

3

Diagnostisering

- Patienter förväntar sig att få träffa vårdpersonal med erfarenhet av att bedöma hypermobilitet och diagnostisering
- Det finns tydliga kriterier att följa **MEN** det behövs fler yrkesverksamma med erforderlig kompetens OCH avsatt tid för att ställa diagnos
- För att få erforderlig kompetens krävs klinisk träning
- Den regionala hälso- och sjukvården behöver sannolikt organiseras annorlunda för att klara patienters/anhörigas förväntningar på en adekvat bedömning

OBS! De som känner att de inte har erforderlig kompetens att diagnostisera bör remittera vidare (till vem är tyvärr ofta oklart)

www.rvn.se

4

Fysioterapeuter (FT) med erforderlig kompetens

Kan utifrån aktuella kriterier bidra med

- En strukturerad anamnes (exempel se bild 8)
- Mätning av ledrörlighet
- En noggrann kroppslig undersökning

Sammantaget är det oftast tillräckligt för att ställa diagnos

Ibland nödvändigt med andra utredningar och/eller remiss till andra instanser

Efter diagnostisering/bedömning kan FT bidra med rådgivning och coaching



www.rvn.se

5

Steg-för-steg

- Strukturerad anamnes
- GJH (generalised joint hypermobility): Beighton score och 5PQ
- Kroppslig undersökning enligt aktuella kriterier
- Väg samman och sätt diagnos om möjligt
- Informera och ge råd
- Uppföljning/coaching



www.rvn.se

6

Anamnes utifrån biopsykosociala modellen

Bred kartläggning som kräver TID

- Luxationer/subluxationer
- Mjukdelsskador, artrosutveckling,
- Smärtanalys: typ, debut, duration, spridning, belastnings- och/eller vilorelaterad
- IBS, blås/tarmfunktion, dysautonomi, hormonkänslighet
- Trötthet/utmattning
- Fysisk aktivitetsnivå
- Återhämtningsstrategier
- Familj, fritid, skola/arbete



www.rvn.se

7

Familjeanamnes	Ja	Nej	Odec
Tid känd EDS i familjen			
Hypermobilitet i familjen			
Led- muskelbesvär i familjen			
Känd kär- organruptur i familjen			
Har barn			
Barnålder/tonår	Ja	Nej	Odec
Prematur födsel			
Höftledslux vid födsel			
Klumpfot/annan avvik neonatal			
Sen motorisk utveckling			
Hypermobilitet som barn			
Vrickat fötter frekvent som barn			
Växtvärk			
Skolios			
Analprolaps			
Infektionskänslighet			
Aktuellt	Ja	Nej	Odec
Hypermobilitet			
Ledluxationer, vilken/vilka?			
Subluxationer, vilken/vilka?			
Vrickar fötter frekvent			
Sen- eller muskelbristning			
Smärta leder, vilka och duration?			
Smärta muskulatur, vilka?			
Kronisk smärta			
Upplevd muskelsvaghet			
Trötthet, fysisk/mental			
Smärtdebut, vilket år			
Träning, vad och frekvens			
Aktuellt	Ja	Nej	Odec
Lätt att få blåmärken			
Näsblod frekvent			
Genomgången kirurgi			
Lokalanestesi tar dåligt			
Tandträngsel/avvikelse			
Hög och/eller smal gom			
Bifid uvula/frenulum saknas			
Bräck (åder-, ljumsk-, navel)			
Inkontinens			
Slemhinnebesvär			



	Ja	Nej	Odec
IBS-liknande magbesvär			
Matintolerant/allergi			
Hjärtbesvär			
Kärlkomplikationer			
Organruptur			
Synavvikelse			
Hörselavvikelse			
Känd artros			
Benskörhet/frakturer			
Kvinnor	Ja	Nej	Odec
Graviditetskomplikationer			
Förlösningskomplikationer			
Prolaps, slidvägg, uterus, tarm			
Riklig mens			
Habituella missfall			
Allmäntillstånd	Ja	Nej	Odec
Rör sig obehindrat			
Avvikande kroppsbyggnad			
Åldrat utseende/akrogeri			
Skolios			
Piezogeniska papler			
Plattfot/valgusställning fotled			
Rynkiga fotsulor			
Blå sclera			
Hud	Ja	Nej	Odec
Mjuk			
Sammetslen			
Övertöjbar			
Ärr, breda/tunna			
Läs, överflödigt			
Tunn/ytlig kärteckning			
Spridda blåmärken			
Mätning/signs			
Beighton score			
SPQ			
Walker's sign (tum-handled)			
Steinberg's sign (tumm)			
Finger-finger/längd kvot >1.05			
Gjort ekoEKG			

8



FT kroppslig undersökning

För diagnostisering

- Kriterie 1 (GJH)
 - Beighton score, 5PQ
- Kriterier 2 A-C (se bild 10)
- Kriterie 3

För individanpassade råd/åtgärder

- Förhållande till lodlinjen
- Vanemässig ytterlägesbelastning av leder
- Aktivitet i postural muskulatur
- Muskulärt aktiveringsmönster
- Kompenserande muskulära mönster
- Ogynnsamt belastande vanor, exempelvis akrobatiska vanor, töjningsvanor (ibland s.k. töjningssug), tics eller "party-tricks"
- Balans, koordination och proprioception
- Spännings- och andningsmönster
- Kroppsmedvetenhet

www.rvn.se

9

Kriterie 2 – Två eller tre av kännetecknen A, B eller C måste vara uppfyllda

Kännetecken A (minst fem måste vara uppfyllda)

Ja Nej

Mjuk och sammetslen hud

Lätt övertöjbar hud

Spontan (oförklarlig) förekomst av striae på ryggen, ljumskar, höfter, bröst och/eller mage hos ungdomar, män eller prepubertala kvinnor utan anamnes på uttalad viktuppgång/nedgång

Bilateral piezogeniska papler på hälarna

Återkommande eller multipla abdominella bräck

Tunna, breda ärr på åtminstone två ställen på kroppen, som inte har utseende av de uttalat sköra och/eller brunpigmenterade tunna ärr som ses vid klassisk EDS

Prolaps av bäckenbotten, tarm och/eller livmoder hos barn, män eller kvinnor som inte fött barn och utan anamnes på fetma eller annat predisponerande mediciskt tillstånd.

Tandträngsel och hög eller smal gom

Arachnodaktyli, definerad som: Positivt Walkers tecken (handled) bilateralt och/eller positiv Steinbergs tecken (tumme) bilateralt

Kvoten avståndet finger-finger och längd $\geq 1,05$

		Genomförd undersökning	
		Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lättare eller svårare mitralisklaffprolaps konstaterad via EkoKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aortarotdiameter med ett z-score större eller lika med 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kännetecken B

Ärtlighet hos förstahandsrelativer (mor, far, barn) som uppfyller nuvarande kriterier för hEDS

Kännetecken C (måste uppfylla minst ett)

Muskuloskeletal smärta i två eller fler extremiteter, återkommande dagligen i minst 3 månader

Långvarig, spridd smärta i mer än tre månader

Återkommande ledsluxationer eller uppenbar ledinstabilitet utan trauma

10