
Mangelfull behandling av funksjonelle anfall hos barn og ungdom

DEBATT

TRINE INGEBRIGTSEN

trine.ingebrigtsen@ous-hf.no

Trine Ingebrigtsen er spesialist i allmenntillegmedisin og pediatri, og er overlege på barne- og ungdomsavdelingen ved Spesialsykehuset for epilepsi.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Funksjonelle anfall hos barn og ungdom har god prognose, men tilfriskningen hindres av mangelfull oppfølging og uklar ansvarsfordeling i helsevesenet.

Funksjonell nevrologisk lidelse (FND) er en vanlig nevrologisk tilstand som innebærer ulike nevrologiske symptomer, som for eksempel lammelser, bevegelsesforstyrrelser, sensoriske symptomer og psykogene, ikke-epileptiske anfall. Diagnosen kan baseres på positive kliniske tegn, og det er ikke lenger et krav om at det må foreligge bakenforliggende psykologiske stressorer. Studier med fMRI (*functional magnetic resonance imaging*) har påvist endringer i hjernens nettverk som involverer komplekse interaksjoner mellom emosjonelle, motoriske og kognitive nettverk. Ettersom det foreligger målbare nevrobiologiske korrelater, kan funksjonelle nevrologiske lidelser sees på som en konsekvens av nettverksdysfunksjon ([1](#)).

Funksjonelle dissosiative anfall

Undergruppen psykogene, ikke-epileptiske anfall vil etter de nye ICD-11-kriteriene bli kalt funksjonelle dissosiative anfall (FDS). Disse anfallene ligner epilepsi, men er ikke forårsaket av epileptiske utbrudd i hjernen. Gullstandarden for å stille diagnosen er å fange opp et typisk utbrudd under

EEG-registrering, men diagnosen kan også stilles klinisk med ulike grader av diagnostisk sikkerhet. Disse kalles *mulig funksjonelt anfall*, *trolig funksjonelt anfall*, *klinisk forenlig med funksjonelt anfall* og *anfall registrert i EEG*.

«Manglende diagnostisering og behandling medvirker til gjentatte akutte innleggelses og innebærer store og unødvendige kostnader innenfor et allerede presset helsebudsjett»

Funksjonelle anfall utgjør en relativt stor diagnosegruppe innenfor epilepsiorsorgen. Opptil 12 % av pasienter med epilepsi har funksjonelle anfall, og 10–30 % av pasientene som har funksjonelle anfall, har i tillegg epilepsi (2).

Mange pasienter får diagnosen så sent at symptomene er blitt kronifisert. Studier har vist at det kan ta mellom syv og ni år fra symptomdebut til diagnosen settes, og i denne perioden har pasienten kanskje brukt én eller flere anfallsforebyggende medisiner (3).

Mulig feilbehandling

Det er heller ikke uvanlig at funksjonelle anfall blir behandlet som status epilepticus, noe som kan gi alvorlige konsekvenser og i verste fall død.

I en studie med 980 pasienter fra åtte år og oppover, som ble behandlet for status epilepticus, hadde 8,1 % av pasientene egentlig funksjonelle anfall. Størst feildiagnostisering var det blant ungdom og unge voksne med hele 20,1 % (4, 5).

Manglende diagnostisering og behandling medvirker til gjentatte akutte innleggelses og innebærer store og unødvendige kostnader innenfor et allerede presset helsebudsjett (6).

Ifølge norske retningslinjer er det psykiatrien som har behandlingsansvar for funksjonelle anfall. Men man erfarer imidlertid at henvisninger avvises hvis det «bare» foreligger anfall, eller at behandlingen avsluttes hvis det ikke foreligger psykiatrisk komorbiditet. I somatiske sykehus er det flere som mener at pasientgruppen ikke skal ha behandling der. Dette kan skyldes et syn på at funksjonelle lidelser er psykiatri, eller at man er redd for at pasientgruppen kan komme til å ta ressurser fra andre pasienter med epilepsi. Dette medfører en uklar ansvarsfordeling og at pasientene ikke får den hjelpen de trenger.

Riktig behandling er lønnsom

Det er ikke gjort mye forskning på funksjonelle lidelser. Men med den kunnskapen vi allerede har, opplever mange pasienter bedring og viser takknemlighet ved å bli tatt på alvor.

«Dersom fagpersoner har felles forståelse og mål, vil helsevesenet kunne jobbe mer effektiv, noe som vil komme både pasientene og samfunnet til gode»

Behandlingen av funksjonelle anfall starter med å gi en positiv diagnose og psykoedukasjon om tilstanden. Deretter kan det være nyttig med en biopsykososial tilnærming for å kartlegge sårbarhet, utløsende og opprettholdende faktorer for anfall og lage en plan for anfallshåndtering og aktivitetsbalanse. Videre bør det utarbeides et individuelt tilpasset behandlingsopplegg som kan innebære henvisning til psykomotorisk fysioterapeut eller psykolog.

Ved å stille riktig diagnose, gi psykoedukasjon og kunnskapsbasert veiledning, bør målet for behandlingen være anfallsfrihet og normalisering av daglig funksjon. Dersom fagpersoner har felles forståelse og mål, vil helsevesenet kunne jobbe mer effektiv, noe som vil komme både pasientene og samfunnet til gode.

Det vil være økonomisk lønnsomt for samfunnet at den enkelte pasient får hjelp til å bli frisk. Vi har allerede noe kunnskap, og prognosen hos unge mennesker er god. Kanskje kunne den vært det for voksne også dersom hjelpen hadde kommet raskere.

LITTERATUR

1. Szaflarski JP, LaFrance WC. Psychogenic Nonepileptic Seizures (PNES) as a Network Disorder - Evidence From Neuroimaging of Functional (Psychogenic) Neurological Disorders. *Epilepsy Curr* 2018; 18: 211–6. [PubMed][CrossRef]
2. Liampas A, Markoula S, Zis P et al. Psychogenic non-epileptic seizures (PNES) in the context of concurrent epilepsy – making the right diagnosis. *Acta Epileptol* 2021; 3: 23. [CrossRef]
3. Reuber M, Fernández G, Bauer J et al. Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology* 2002; 58: 493–5. [PubMed][CrossRef]
4. Jungilligens J, Michaelis R, Popkirov S. Misdiagnosis of prolonged psychogenic non-epileptic seizures as status epilepticus: epidemiology and associated risks. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2021; 92: 1341–5. [PubMed][CrossRef]
5. Lehn A, Watson E, Ryan EG et al. Psychogenic nonepileptic seizures treated as epileptic seizures in the emergency department. *Epilepsia* 2021; 62: 2416–25. [PubMed][CrossRef]
6. O'Mahony B, Nielsen G, Baxendale S et al. Economic cost of functional neurologic disorder: A systematic review *Neurology* 2023; 101: e202–14. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 11. november 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0574
Mottatt 23.9.2025, første revisjon innsendt 11.10.2025, godkjent 14.10.2025.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.