

# FUNKTIONELLE SYMPTOMER OG LIDELSER

*Illustration: labyrint*

## **Funktionelle symptomer og lidelser**

**(indersiden af omslagets forside)**

*Arbejdsgruppens medlemmer*

Marianne Rosendal (formand for arbejdsgruppen), ph.d., seniorforsker, praktiserende læge

Kaj Sparle Christensen, ph.d., seniorforsker, praktiserende læge

Lene Agersnap, praktiserende læge

Per Fink, professor, ph.d., dr.med., forskningsleder, speciallæge I psykiatri

Claus Vinther Nielsen, ph.d., ledende socialoverlæge, klinisk lektor i socialmedicin

*Bidrag fra*

Anne-Mette Momsen og Helle Jessen Tornemand (Patientens sociale relationer og Det socialt-lægelige samarbejde)

Charlotte Ulrikka Rask, ph.d., afdelingslæge, klinisk lektor i børne- og ungdomspsykiatri (Funktionelle symptomer og lidelser hos børn)

Jette Ingerslev, overlæge, dr. med., speciallæge i intern medicin og geriatri (Funktionelle lidelser hos ældre patienter)

Lise Dyhr, ph.d., seniorforsker, praktiserende læge, Gretty Mirdal, prof., dr.phil. og Marianne Kastrup, lic.med., overlæge (Funktionelle lidelser hos patienter med anden etnisk baggrund end dansk)

Bo Stork, praktiserende læge (bidrag til udformning som repræsentant for FYAM)

Helene Sognstrup, Psykiatrisk Forskningsbibliotek, Risskov (litteratursøgning)

*Sekretariatsbistand:* Tina Malene Pedersen

*Forsideillustration:* ?

*Tryk:* Komiteen for Sundhedsoplysning, 2012

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>INDHOLDSFORTEGNELSE</b>	<b>3</b>
<b>FORORD</b>	<b>4</b>
EVIDENSNIVEAUER OG ANBEFALINGERNES STYRKE	5
<b>INDLEDNING</b>	<b>6</b>
<b>DIAGNOSE</b>	<b>11</b>
DIAGNOSTIK AF FUNKTIONELLE LIDELSER	11
DIFFERENTIALDIAGNOSTIK OG KOMORBIDITET	12
<b>UDREDNING</b>	<b>15</b>
<b>PATIENTENS SYGDOMSOPFATTELSE</b>	<b>16</b>
<b>VEDLIGEHDENDE OG FORSTÆRKENDE FAKTORER</b>	<b>19</b>
<b>BEHANDLING OG VISITATION</b>	<b>21</b>
<b>RELATIONERS BETYDNING</b>	<b>28</b>
LÆGE-PATIENT-RELATIONEN	28
PATIENTENS SOCIALE RELATIONER	29
<b>KOMPLIKATIONER</b>	<b>32</b>
<b>PROGNOSE</b>	<b>34</b>
<b>FUNKTIONELLE SYMPTOMER OG LIDELSER HOS BØRN</b>	<b>35</b>
<b>FUNKTIONELLE LIDELSER HOS ÆLDRE PATIENTER</b>	<b>38</b>
<b>FUNKTIONELLE LIDELSER HOS PATIENTER MED ANDEN ETNISK BAGGRUND END DANSK</b>	<b>40</b>
<b>SAMARBEJDSPARTNERE</b>	<b>43</b>
SUNDHEDSVÆSENETS ORGANISATION OG ALMEN PRAKSIS' ROLLE	43
DET SOCIALT-LÆGELIGE SAMARBEJDE	45
<b>KVALITETSSIKRING</b>	<b>48</b>
KVALITETSSIKRING OG INDIKATORER	48
IMPLEMENTERING AF VEJLEDNINGEN I KLINISK PRAKSIS	48
HER KAN DU FINDE FLERE OPLYSNINGER	48
<b>LITTERATUR</b>	<b>50</b>
<b>APPENDIKS</b>	<b>58</b>
DIAGNOSEKODNING I ICPC-2-DK	59
ICD-10-KRITERIER FOR SOMATOFORME TILSTANDE	59
COMMON MENTAL DISORDERS QUESTIONNAIRE	62
LAMINERET ARK OM DIAGNOSTIK OG UDREDNING	63
LAMINERET ARK OM FOREBYGGELSE OG BEHANDLING	65
KOGNITIVE SKEMAER	67
METODE: LITTERATURSØGNING	73

## FORORD

### Forord fra DSAM

Der skal fra DSAM lyde en stor tak til Marianne Rosendal og resten af arbejdsgruppen for at have taget initiativ til og brugt tid og kræfter på at udarbejde en vejledning om funktionelle lidelser. Det er en hyppig og central problemstilling i almen praksis, hvor vi har savnet muligheder for information og uddannelse. Hensigten med denne vejledning er derfor at opkvalificere den fremtidige behandling på området, dels ved at præsentere den foreliggende viden på området, og dels ved at formidle konkrete anbefalinger for udredning, diagnostik og behandling.

Vejledningen er primært tiltænkt almen praksis (praktiserende læger, klinikpersonale og uddannelseslæger) men kan også være nyttig for en bredere kreds som fx speciallæger fra andre specialer og socialmedicinske fagpersoner.

*Roar Maagaard*  
Formand for DSAM

### Introduktion til vejledningen fra arbejdsgruppen

Vejledningen er opbygget af XX hovedkapitler som har skiftende fokus på basal viden og kliniske anbefalinger, men således, at den teoretiske viden, der formidles, skal ses i sammenhæng med det efterfølgende kliniske kapitel. I starten af hvert kapitel er der indsat en boks med de vigtigste budskaber. I nogle kapitler er der desuden indsat bokse i teksten, hvor vigtige definitioner eller tiltag uddybes. Efter hovedkapitlerne kommer 3 kapitler om patientgrupper, hvor der kan være særlige forhold, man skal være opmærksom på: børn, ældre patienter og patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Endelig omhandler sidste del af vejledningen samarbejdspartnere, kvalitetsudvikling og implementeringstiltag på området og et appendiks. Med vejledningen følger 2 laminerede oversigtsark om henholdsvis udredning og diagnostik samt forebyggelse og behandling. Vejledningen og de skemaer, den henviser til, findes også på [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk).

Arbejdsgruppen har baseret sit arbejde på en systematisk litteraturgennemgang med angivelse af evidensniveauer. På en række områder vedr. funktionelle lidelser er evidensen imidlertid endnu sparsom, og vi har i disse tilfælde valgt også at formidle den erfaringsbaserede viden, som arbejdsgruppens medlemmer har kendskab til. Det er vores håb, at viden og anbefalinger i denne vejledning kan støtte den enkelte i den kliniske beslutningsproces, hvor såvel evidens som erfaring, klinisk skøn og patientens ønsker må indgå i den endelige vurdering.

Marianne Rosendal  
Formand for arbejdsgruppen

## EVIDENSNIVEAUER OG ANBEFALINGERNES STYRKE

Graden af evidens afhænger af kvaliteten af den dokumentation, der foreligger for effekten af en given intervention. Evidens klassificeres i lighed med DSAM's øvrige vejledninger ifølge tabellen nedenfor, dog således at vi udelukkende har anvendt niveauerne A-D og √ for såvel evidensniveau for udsagn som for anbefalinger.

Vejledningen er baseret på systematisk litteratursøgninger i det omfang, dette har været muligt (se beskrivelse af litteratursøgning i appendiks).

Anbefaling	Evidensniveau	Vidensområde: Behandling/forebyggelse
A	1a	<b>Systematisk reviews eller metaanalyser af homogene randomiserede kontrollerede forsøg</b>
	1b	<b>Randomiserede kontrollerede forsøg</b>
	1c	<b>Absolut effekt (fx insulin til type 1-diabetespatienter)</b>
B	2a	<b>Systematisk reviews af homogene kohortestudier</b>
	2b	<b>Kohortestudier</b>
	2c	<b>Databasestudier</b>
	3a	<b>Systematisk reviews af case-control-undersøgelser</b>
	3b	<b>Case-control-undersøgelser</b>
C	4	<b>Opgørelser, kasuistikker</b>
D	5	<b>Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tommelfingerregel</b>
√	5	<b>Anbefalet af skrivegruppen som god klinisk praksis</b>

## INDLEDNING

Det er normalt at opleve gener fra kroppen. Denne oplevelse eller sansning af gener kaldes *sensationer* og adskiller sig fra *symptomer*. Symptomer er legemlige gener, der giver anledning til bekymring for potentiel sygdom. De fleste personer, der henvender sig hos deres praktiserende læge vil have symptomer. I almen praksis skal man være opmærksom på, at et symptom sjældent kan forklares ud fra en kendt somatisk sygdom.

### HVAD ER FUNKTIONELLE SYMPTOMER OG LIDELSER?

#### Definition af funktionelle symptomer

Symptomer, der ikke kan forklares bedre ved en traditionelt defineret somatisk eller psykisk sygdom.

Symptomerne kan oftest forklares ved forstyrrelser i symptomperceptionen og/eller symptomproduktionen fx pga. *arousal* med hyperaktivitet i det autonome nervesystem.

#### Definition af funktionelle lidelser

Lidelser hvor individet oplever legemlige symptomer som påvirker den daglige funktionsevne eller livskvalitet, og hvor symptomerne ikke kan forklares bedre ved en anden veldefineret somatisk eller psykisk sygdom ELLER lidelser, hvor individet i sygelig grad er bekymret for sit helbred.

**Funktionelle tilstande** er en samlebetegnelse for funktionelle symptomer og lidelser.

**Funktionelle syndromer** er diagnoser inden for de somatiske specialer med symptom mønstre svarende til funktionelle lidelser.

Funktionelle tilstande udgør et spektrum i sværhedsgrad. Ved de lette tilstande viser symptomerne sig ofte at være selvlimiterende. De moderate tilstande kan være behandlingskrævende og benævnes *bodily distress*, idet symptomerne kan ses som udtryk for en belastningstilstand – det være sig fysisk som psykisk. Svære tilstande ses kun hos en lille del af patienterne, men disse patienter har en kronisk sygdom og som regel en betydelig funktionsevnebegrænsning. Disse tilstande benævnes funktionel lidelse eller *bodily distress syndrom*. Endelig skelner man mellem forskellige grader af sygdomsbekymring. I lette tilfælde ses bekymring for sygdom, som fortager sig efter almindelig vurdering og information. I svære tilfælde har bekymringen udviklet sig til egentlig helbredsangst (1).

Det er hensigtsmæssigt at lave en vis afgrænsning mellem de forskellige tilstande i spektret. Selvlimiterende symptomer og *bodily distress* samt almindelig sygdomsbekymring har ikke væsentlig indflydelse på patientens funktionsevne eller velbefindende, hvorimod patienter med *bodily distress syndrom* og helbredsangst vil være væsentligt påvirkede af henholdsvis legemlige symptomer og angst.

Det er vigtigt at forstå, at patienter med funktionelle tilstande ikke bevidst fremkalder symptomerne - til forskel fra simulanter. Patienterne oplever og plages af symptomer og/eller bekymring.

### HVAD HEDDER PATIENTENS LIDELSE?

I de tilfælde, hvor symptomerne er selvlimiterende, og patienten udtrykker almindelig sygdomsbekymring, anvendes sjældent diagnoser fra det funktionelle spektrum. I stedet betegnes symptomerne typisk det, de er. I ICPC (International Classification of Primary Care), klassificeres disse tilstande med symptomdiagnoser som fx N01 hovedpine eller N27 frygt for neurologisk sygdom. Det samme vil gælde nogle tilfælde af *bodily distress*.

I svære tilfælde, hvor patientens funktionsevne er væsentligt påvirket, er det derimod gavnligt både for patienten og for de involverede behandlere, at sygdommen får et specifikt navn. Man kan bruge betegnelsen funktionel lidelse. Hvis symptomerne dominerer, kaldes sygdommen også *bodily distress syndrom*. Hvis angsten dominerer, anvendes betegnelsen *helbredsangst*. Disse diagnoser klassificeres alle under P75 somatoform forstyrrelse i ICPC.

### HVAD ER FORKLARINGEN PÅ FUNKTIONELLE LIDELSER?

Ætiologien til funktionelle lidelser er multifaktoriel. Man kan således ikke rubricere funktionel lidelse som fysisk eller psykisk. Der indgår komponenter fra begge, og den medicinske opdeling imellem krop og sjæl (dualisme) kommer til kort ved disse lidelser.

Man kan inddele ætiologien i:

1) Personens sårbarhed, som dels kan bunde i biologiske forhold som fx arv, dels i tillært adfærd og erhvervede holdninger.

2) Udløsende faktorer som fysiske skader, sygdom, sociale og/eller følelsesmæssige problemer og belastninger. Dette kendes fx fra patienter med kronisk piskesmæld, hvor en forstuvet nakke ved et trafikuheld er den udløsende faktor.

3) Vedligeholdende/forstærkende faktorer. Sundhedsvæsenet og det sociale system spiller en væsentlig rolle både ved at fastholde patienter i en sygerolle og ved at udsætte dem for bivirkninger af (unødige) udredninger og behandlinger. Også familie, venner, arbejdsplads m.fl. indvirker på forløbet.

Forskellige faktorer vil være i spil på forskellige tidspunkter i sygdomsforløbet, og de biologiske, psykologiske og sociale faktorer spiller sammen. Vores viden om de biologiske forhold er begrænset, men man har påvist såvel ændret hjernefunktion som ændret hjernestruktur (2;3). Disse forandringer er formentlig både udtryk for en hypersensibilisering over for stimuli og en dårligere central filtrering af stimuli. Man mener desuden, at symptomproduktionen øges pga. arousal eller fysisk deconditionering. Psykologisk er det især de kognitiv-adfærdsmæssige forhold som sygdomsforståelse og sygdomsadfærd, der har betydning.

### HVOR HYPPIGT FOREKOMMER FUNKTIONELLE SYMPTOMER OG LIDELSER?

Patienter med lette funktionelle symptomer ønsker ofte blot en læges vurdering af deres legemlige fornemmelser og kan som regel fortælle, hvorfor de har fortolket fornemmelsen som et muligt tegn på sygdom. Hos ca. 70 % af voksne patienter med nyopståede symptomer forsvinder symptomerne spontant.

Mindst 20-30 % af voksne patienter, som henvender sig til egen læge har angsttilstande, depressioner og/eller funktionelle lidelser. Der er en høj komorbiditet mellem disse og oftest præsenterer de sig alle med legemlige symptomer.

Hos en mindre gruppe patienter, som udgør 5-10 % af voksne patienter i praksis, er symptomerne vedvarende, og der kan løbende komme nye symptomer til. Nogle lider primært af bekymring og måske egentlig helbredsangst, mens andre overvejende er plaget af deres symptomer (fx kroniske smerter).

#### HVAD BETYDER KULTUR OG KONTEKST?

Symptomer og symptom mønstre beskrevet hos patienter med funktionelle lidelser har varieret meget igennem historien, stærkt påvirket af den sociokulturelle kontekst og de diagnoser, der er "oppe i tiden". Det er derfor usikkert, om funktionelle lidelser er blevet hyppigere med tiden, idet tilsyneladende forskelle i forekomst kan skyldes ændringer i de diagnosebetegnelser, der har været anvendt på forskellige tidspunkter i historien. Et typisk eksempel er neurasteni og kronisk træthedssyndrom. I slutningen af 1800-tallet var neurasteni en af de hyppigst anvendte diagnoser, hvorimod den stort set ikke forekom i mellemkrigsårene. Med introduktionen af kronisk træthedssyndrom blussede disse tilstande op fra 1980'erne, specielt i England og i USA. Nu er kronisk træthedssyndrom stærkt på retur i USA, men ikke i England, og lidelsen er stort set ukendt i Tyskland. Modsat er kronisk træthedssyndrom i stærk vækst i Norge, hvor man netop har oprettet et videnscenter og en række klinikker for lidelsen.

Diagnoser og symptombilleder er ud over faglige "modestrømninger" påvirket af socioøkonomiske forhold, fx om diagnosen giver mulighed for sygemelding, pension, økonomiske kompensation osv. Også medicinalindustrien har indflydelse, fx via diagnostiske indikationer for medicinske præparater. Endelig har politiske initiativer betydning fx for behandlingsmuligheder.

Kultur og kontekst kan således have betydning for, hvad vi kalder funktionelle lidelser, og hvordan vi opfatter dem, men det skal understreges, at disse lidelser findes på tværs af kulturer verden over.

Eksempler på betegnelser for funktionelle syndromer:

- Somatoform forstyrrelse (P75)
- Neurasteni (P78)
- Kronisk smertetilstand (A01)
- Kronisk træthedssyndrom/Chronic Fatigue Syndrome/postviralt træthedssyndrom /Myalgic Encephalomyelitis (A04)
- Colon irritable (D93)
- Syndrom X, "hjertesmerter" (K74)
- Fibromyalgi (L18)
- Kronisk whiplash/distorsio columnae cervicalis sequelae/Whiplash Associated Disorder (L83)
- Bækkenløsning (W99)
- EI-overfølsomhed
- Infralyd overfølsomhed
- Kemisk intolerans /duft- og lugtoverfølsomhed/ Multiple Chemical Sensitivity / Sick building syndrome.

#### ER FUNKTIONELLE LIDELSER EN OPGAVER FOR ALMEN PRAKSIS?

Som ved andre sygdomme har almen praksis flere vigtige opgaver i relation til funktionelle tilstande. Det drejer sig bl.a. om:



- 1) Udredning, diagnostik og differentialdiagnostik ved symptomdebut.
- 2) Behandling af de lette til moderate tilstande.
- 3) Tovholderrollen ved de kroniske lidelser, hvor der er reel risiko for at forvolde skade på patienten, hvis man indleder den ene somatisk fokuserede odysse efter den anden.

Funktionelle tilstande stiller særlige krav til almen praksis. Henvendelser med lette symptomer eller *bodily distress* er et af de områder, hvor almenmedicineren er ekspert. Der kan være behov for at afklare differentialdiagnostiske muligheder ved at inddrage andre specialer – men diagnose og behandling og dermed det samlede forløb hviler på almen praksis. Det, at patienterne ofte er plagede af legemlige symptomer, stiller særlige krav om indsigt i somatiske differentialdiagnoser. Problemstillingen er ofte kompleks, og vi kan ikke uden videre overlade håndteringen af disse patienter til andre faggrupper som fx psykologer eller sygeplejersker. Patienter med funktionelle tilstande udfordrer de biomedicinske og mekanistiske sygdomsmodeller, og der er behov for at bringe den bio-psyko-sociale sygdomsmodel i anvendelse – en sygdomsmodel, som almen praksis mestrer.

Patienter med kroniske funktionelle lidelser vil kunne have udbytte af specialiseret behandling som fx kognitiv adfærdsterapi. Desværre findes et reelt behandlingstilbud til disse patienter kun meget få steder i landet, og indsatsen over for denne gruppe ligger derfor ind til videre også i almen praksis.

## SYGEHISTORIER

Vi har beskrevet 3 sygehistorier for at illustrere forskellige typer af funktionelle tilstande: let til moderat *bodily distress*, *bodily distress syndrom* og helbredsangst. Case B anvendes desuden som eksempel i appendiks.

### CASE A: BODILY DISTRESS/FUNKTIONELLE SYMPTOMER

Grete Hansen er 42 år og arbejder som lærer. Hun bor alene med sin søn på 12 år. Grete blev alene for 2 år siden, idet hendes mand døde pludseligt. Hun kommer i praksis ca. en gang om måneden. Henvendelsesårsagen er ofte symptomer fra bevægeapparatet – især tilbagevendende lænderygsmærter. Fysisk aktivitet afhjælper smerterne. Hun dør i perioder også med hovedpine og lettere svimmelhed. De mange symptomer har gjort, at hun foruden besøgene hos sin egen læge også har opsøgt en privat klinik. Her har hun fået foretaget en MR-scanning med efterfølgende besked om, at hun burde blive opereret. Hun henvender sig derefter til sin læge for at få en henvisning til en rygoperation.

### CASE B: BODILY DISTRESS SYNDROM/FUNKTIONEL LIDELSE

Eva Jensen er 35 år og kommer hyppigt hos sin egen læge. Hun er marketingkoordinator og har været vant til at have mange bolde i luften. Det er hende meget magtpåliggende at have styr på tingene, både på arbejdet og i sit privatliv, hvor hun er mor til to piger på 6 og 4 år. Eva har mange forskellige symptomer fra flere organsystemer: hjertebanken, rygsmærter, hyppig vandladning, svedtendens, åndenød og træthed. Eva har igennem det seneste halve år følt sig stresset og urimeligt behandlet på sit arbejde. Hun er nu langtidssygemeldt, og der kører en sag via fagforeningen. Eva har den opfattelse, at arbejdspladsen har stillet krav om en fleksibilitet, som strækker sig ud over, hvad man som arbejdstager kan honorere.

### CASE C: HELBREDSANGST/FUNKTIONEL LIDELSE

Peter Sørensen er 45 år, arbejder som postbud og har siden ungdommen været meget bekymret for at lide af kræft. Han følger opmærksomt med i diverse sundhedskampagner og henvender sig hyppigt herefter hos lægen. Eksempelvis førte en folder på apoteket om solesponering og risiko for hudkræft til en del konsultationer, hvor lægen skulle se på diverse pletter på huden. Han har desuden taget imod et tilbud fra en privat MR-klinik, der tilbyder screening og diagnostik af tarmkræft efter, at en genbo døde af colon cancer for nogle år siden. Senest er han bekymret for prostatakraft og vil gerne have taget en PSA efter en aviskampagne, der lod ham forstå, at natlig vandladning, slap stråle og efterdryp kunne være de første tegn på cancer.

## DIAGNOSE

### DIAGNOSTIK AF FUNKTIONELLE LIDELSER

- )} Overvej en funktionel lidelse, når patienten præsenterer ukarakteristiske legemlige symptomer, som ikke lader sig forklare med et kendt sygdomsmønster.
- )} Følgende differentialdiagnoser bør overvejes:
  - Veldefineret somatisk sygdom
  - Veldefineret psykisk sygdom
    - Misbrug
    - Psykose
    - Affektive tilstande
    - Angsttilstande.

### HVORNÅR SKAL VI OVERVEJE FUNKTIONELLE LIDELSER I KLINIKKEN?

Man bør overveje en funktionel lidelse, når patienten præsenterer ukarakteristiske legemlige symptomer eller det symptom mønster, som er karakteristisk for *bodily distress syndrom* (se nedenfor) samt ved symptomer på helbredsangst. Diagnosen forudsætter, at tilstanden ikke er bedre forklaret ved organisk lidelse, misbrug, psykose, affektive tilstande og angsttilstande.

### HVOR SIKKER KAN JEG VÆRE PÅ, AT DER ER TALE OM EN FUNKTIONEL LIDELSE?

Hos patienter, som henvender sig med mere end 6 legemlige symptomer for kvinder og mindst 4 legemlige symptomer for mænd, vil tilstanden i 75 % af henvendelserne være uden biomedicinsk forklaring (4).

### DIAGNOSTISKE KRITERIER

I daglig klinisk praksis vil ICD-10 kriterierne for somatoforme tilstande (se appendiks) være vanskelige at anvende. Nyere litteratur og igangværende arbejde med ICD-11 tyder på, at det for almen praksis fremover vil være relevant at kategorisere de somatoforme forstyrrelser som *bodily distress syndrom* eller helbredsangst (begge ICPC kode P75) (5-7).

### BODILY DISTRESS SYNDROM

Patienter med *bodily distress syndrom* præsenterer legemlige symptomer i et karakteristisk symptom mønster. Lidelsen er forbundet med en betydelig og konstant nedsat funktionsevne (se case B).

Symptom mønstret er karakteriseret ved tilstedeværelse af mindst 3 samtidige symptomer fra en af de følgende grupper:

- Kardiopulmonal arousal (fx hjertebanken, ubehag i brystet, besværet vejrtrækning, svedudbrud, rysten, mundtørhed)
- Gastrointestinal arousal (fx mavesmerter, vekslende afføring, oppustethed, opstød, forstoppelse, kvalme, opkast, brændende fornemmelse i epigastriet)

- Muskuloskeletal påvirkning (fx smerter i ryg, arme og ben, ledsmerter, føleforstyrrelser følelseløshed, kraftnedsættelse)
- Generelle symptomer (fx koncentrationsbesvær, hukommelsesbesvær, udtalt træthed, hovedpine, svimmelhed).

Symptommønsteret forklares ikke bedre med en anden somatisk eller psykisk sygdom.

## HELBREDSANGST

Patienter med helbredsangst henvender sig typisk med legemlige symptomer. Hovedproblemet er ikke symptomet i sig selv, men patientens bekymring for et potentielt helbredsproblem (se case C).

Helbredsangst er forbundet med en øget opmærksomhed på kroppen og en høj grad af bekymring for eget helbred. Patienten er plaget af tilbagevendende grublerier med forstyrrende tanker og frygt for at have en sygdom (rumination). Samtidig kan patienten ikke eller kun med stor vanskelighed stoppe sine grublerier. Diagnosen kræver, at patienten foruden rumination samtidig har ét eller flere af følgende 5 symptomer:

- Bekymring eller optagethed af frygten for at have en alvorlig fysisk sygdom eller tanken om at blive ramt af sygdommen i fremtiden. Eller optagethed af andre helbredsbekymringer og intens opmærksomhed på kropsfunktioner og legemlige sensationer.
- Suggestibilitet og autosuggestibilitet. Hvis patienten hører eller læser om sygdom, er hun/han tilbøjelig til at frygte for at have den samme sygdom.
- Overdreven optagethed af medicinsk information.
- En urealistisk frygt for at være inficeret eller kontamineret af en genstand, noget man har spist, eller af en person man har mødt.
- Frygt for at tage ordineret medicin.

## DIFFERENTIALDIAGNOSTIK OG KOMORBIDITET

B Det er sjældent, at diagnostik af alvorlig sygdom forsinkes hos patienter med funktionel lidelse.

} Overvej altid muligheden af sygdom med multiple symptomer, fx DS, SLE, AIDS og andre.

} Karakteristika ved veldefineret somatisk sygdom:

- Få og specifikke symptomer
- Karakteristiske symptomer eller symptommønstre
- Konstant symptomlokalisering
- Tydelig variation i intensitet med få lindrende eller forværende faktorer
- Hovedklage kan identificeres
- Beskrivelsen er klar
- Veldefineret effekt af specifik behandling.

## HVOR STOR ER RISIKOEN FOR AT FORSINKE DIAGNOSTIKKEN AF ANDEN ALVORLIG SYGDOM?

I almen praksis finder man sjældent en organisk forklaring på legemlige symptomer. I en amerikansk almenmedicinsk klinik fulgte man i 3 år 1000 patienter med brystsmerter, træthed, svimmelhed, føleforstyrrelser, impotens, vægttab, hoste og obstipation. I 2/3 af tilfældene foretog lægerne supplerende diagnostisk udredning. Samlet set påvistes en organisk ætiologi hos 16 % af patienterne (8).

Ved persisterende funktionelle symptomer tyder flere undersøgelser på, at diagnosen af en organisk lidelse kun forsinkes i under 4 % af tilfældene (9;10). I en nyere undersøgelse i en neurologisk klinik fandt man, at 30 % af 1144 nyhenviste patienter havde en neurologisk uforklaret problemstilling. Ved opfølgning 18 måneder senere på 1030 af disse patienter havde 4 (0,4 %) udviklet en neurologisk sygdom, som kunne forklare de initialt uforklarede symptomer (11).

Patienter, som henvender sig i almen praksis med alarmsymptomer på kræft, vil i de fleste tilfælde være diagnostisk afklarede inden for 3 måneder (12).

#### HVOR LÆNGE KAN MAN SE TIDEN AN UDEN BIOMEDICINSK UDREDNING (WATCHFUL WAITING)?

Hos hovedparten af patienterne er henvendelsessymptomerne gået over inden for 2 uger efter henvendelsen til almen praksis (13). Symptomer af mere end 2 ugers varighed indikerer derfor behov for grundigere udredning.

#### HVAD ER DE VIGTIGSTE DIFFERENTIALDIAGNOSER TIL FUNKTIONELLE LIDELSER?

Det er vigtigt at være opmærksom på, at funktionelle lidelser kan være komorbide til veldefinerede somatiske lidelser. Således udelukker en anden diagnose ikke tilstedeværelse af en funktionel lidelse og omvendt. Ved langt de fleste veldefinerede somatiske lidelser stilles diagnosen nemt ud fra et karakteristisk symptombillede samt kliniske og parakliniske fund.

Det er nødvendigt at overveje muligheden af veldefineret somatisk sygdom med multiple symptomer, fx dissemineret sclerose, hyperparathyreoidisme, binyrebarkinsufficiens/Mb. Addison, akut intermitterende porfyri, myastenia gravis, AIDS, Borreliose, systemisk lupus erythematosus og andre bindevævssygdomme. Især de reumatologiske lidelser kan give uspecifikke, skiftende og langvarige symptomer.

Patienter, der senere viste sig at have kræft, havde ved første henvendelse til egen læge ofte symptomer som smerte, en knude, træthed, ændringer i afføringsmønster mv. Hos ca. 25 % var symptomerne ukarakteristiske (14).

Legemlige symptomer er meget hyppige ved depressioner og angsttilstande. Hvis lægen er opmærksom på det, er differentialdiagnosen sjældent vanskelig, idet symptombilledet er præget af den grundlæggende lidelse. Der er dog en betydelig komorbiditet mellem depressioner, angst og funktionelle lidelser. Hos op mod halvdelen af patienter med en alvorligere funktionel lidelse kan man samtidigt diagnosticere en depression eller angsttilstand (15).

#### HVAD TALER IMOD AT DER ER TALE OM EN FUNKTIONEL LIDELSE?

Alarmsymptomer på bryst-, tarm-, urinvejs- og lungecancer er hyppige i en befolkning, og cirka 15 % af populationen har haft mindst ét af disse cancer-alarmsymptomer inden for en 12-måneders-periode (16). I den almindelige befolkning er fx blødning per rectum forbundet med en risiko for at have kræft på ca. 0,1 %. Men hos personer, der har valgt at henvende sig til deres praktiserende læge er risikoen højere, nemlig 2,5-5 %.

Debut af alarmsymptomer er forbundet med øget risiko (2-8 %) for en bagvedliggende cancer, især hos mænd og hos personer af begge køn over 65 år (17). Patienter, der henvender sig med alarmsymptomer, bør derfor altid udredes.

Følgende karakteristika taler for veldefineret somatisk sygdom (18):

1. Få symptomer
2. Specifikke symptomer
3. Karakteristiske symptomer eller symptom mønstre
4. Konstant symptomlokalisering
5. Tydelig variation i intensitet, herunder tydelige perioder med forværring eller bedring
6. Få lindrende eller forværrende faktorer
7. Hovedklage kan identificeres
8. Klar og tydelig beskrivelse
9. Veldefineret effekt af specifik behandling.

## UDREDNING

- ⌋ Grundig udredning for veldefineret somatisk sygdom bør overvejes ved initial symptomvarighed over 2 uger.
- ⌋ Somatisk sygdom udelukkes med almindelig anamnese og objektiv undersøgelse. En supplerende laboratoriescreening vil kunne afsløre (men ikke udelukke) de fleste kendte organiske lidelser.

### HVAD ER UDREDNINGSPROGRAMMET FOR UKARAKTERISTISKE SYMPTOMER?

Der findes intet alment accepteret og valideret udredningsprogram for patienter, som henvender sig i almen praksis med ukarakteristiske symptomer. Sædvanligvis anbefales anamnese og objektiv undersøgelse suppleret med en såkaldt 'psykiatripakke' omfattende (19):

- Hæmatologiske kvantiteter (hæmoglobin, trombocytter og leukocytter)
- Væsketal (natrium, kalium og kreatinin)
- Levertal (ALAT, GGT, BASP)
- Cobalamin
- Vitamin D (S-25-OHD)
- Fastblodsukker/HbA1C
- Thyreoidea-prøver (TSH)
- Calcium
- Fasereaktant (CRP/SR)
- Urinstiks og evt. screening for misbrugsstoffer
- Evt. ekg, BT, højde, vægt, lungefunktion
- Evt. andre afhængigt af symptomerne.

I udredningen af en sandsynlig funktionel lidelse kan *Common Mental Disorders Questionnaire* (CMDQ)-spørgeskemaet anbefales (se appendiks) (20). Første del af dette skema omhandler antallet af symptomer og anden del omhandler sygdomsbekymring. Disse er begge relevante i relation til at screene for funktionel lidelse.

Samtidig indeholder CMDQ-spørgeskemaet en række screeningsspørgsmål for angst, depression og alkoholmisbrug. Disse diagnoser er alle vigtige differentialdiagnoser i udredningen af funktionelle lidelser.

## PATIENTENS SYGDOMSOPFATTELSE

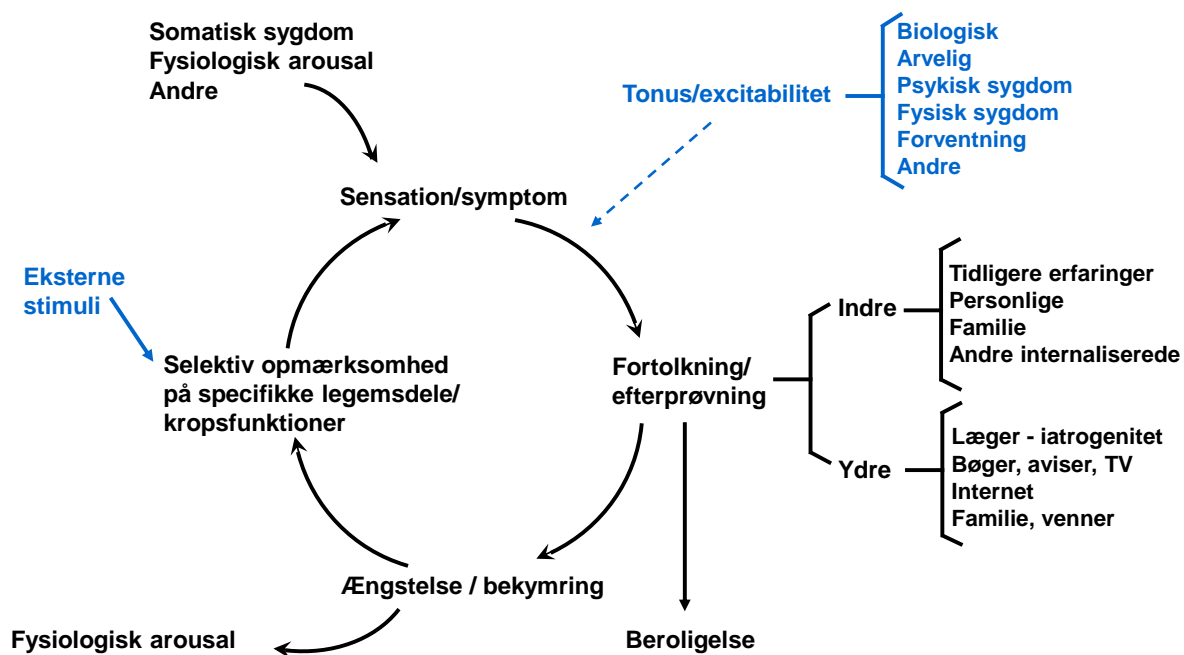
- B Alle mennesker oplever dagligt spontane kropssignaler og symptomer.
- B Perceptionen af symptomerne afhænger af arv, opmærksomhed, sindstilstand og tidligere erfaringer med sygdom og behandling.
- B Patientens egen forståelse af symptomerne har indflydelse på sygdomsforløb, prognose og forbrug af sundhedsydelser.

## HVOR UDBREDT ER DET AT OPLEVE KROPSLIGE SYMPTOMER?

Alle mennesker oplever spontane kropssignaler fra naturlige fysiologiske processer, og mange har også symptomer i den forstand, at de overvejer de sansede signaler som mulige tegn på sygdomsprocesser (21). Således angiver op mod 80 % af voksne danskere, at de har oplevet symptomer i løbet af 2 uger. Ser man på patienter i almen praksis, der henvender sig med et nyt symptom, finder man da også kun en sygdom, der forklarer almindelige symptomer hos 16 % af patienter i alderen 18-65 år (8).

## HVORDAN TOLKER VI VORES SYMPTOMER?

Det er primært vores egen tolkning og opfattelse, der har betydning for, hvornår vi opfatter noget som en almindelig kropsfølelse, og hvornår vi opfatter det som et tegn på en sygdom, som vi søger behandling eller læge for (22). I figur 1 ses en grundmodel for, hvordan mennesket perciperer og evaluerer legemlige sensationer og symptomer (23).



Figur 1: Symptomperception



Alle mennesker har et relativt stabilt sansnings- eller symptompanorama, som de er fortrolige med. Når fx piger kommer i puberteten, bliver de fortrolige med nye kropslige fornemmelser i forbindelse med menstruationen, og disse tilføjes symptompanoramaet. Erfaringer med symptomer fra eventuelle sygdomme, som fx influenza, vil også blive en del af individets internaliserede referenceramme.

Når der opstår nye symptomer, søger man informationer ved eksterne kilder. Disse kilder kan være familiemedlemmer, kolleger, internet og evt. egen læge. Lægens oplysninger og reaktion kan have stor betydning, idet lægens respons og udspørgen vil kunne forstærke eller svække patientens opmærksomhed på specielle symptomer/organer. Eksterne oplysninger om en sygdom, fx fra en avis, kan også få en person til at ændre opfattelse af kendte kropssignaler, så disse pludselig tolkes som sygdomstegn (23;24).

### HVAD BETYDER FAMILIEHISTORIEN?

Idet vores sygdomsopfattelse bliver opbygget igennem de erfaringer vi får igennem livet, er den stærkt påvirkelig af kulturelle, sociale og andre indlærte påvirkninger, herunder opdragelse.

Der er dog formodentlig også en genetisk arv, som især er tydelig blandt personer med svær helbredsangst, idet de har en letvakt bekymringstendens.

### SYGDOMSOPFATTELSE – HVAD ER DET?

Sygdomsopfattelse rummer 5 hovedelementer (25):

- Identitet: Den betegnelse patienten bruger (fx spændingshovedpine) og de symptomer, som patienter tilskriver en given sygdom. ("Hvilke tanker har du selv gjort dig om, hvad du fejler?")
- Årsag: Mener patienten fx, at tilstanden udelukkende skyldes legemlig lidelse, har psykosociale faktorer betydning, eller spiller andre årsager ind? ("Hvilke tanker har du selv gjort dig om, hvad årsagen kan være?")
- Tidshorisont: Mener patienten, at det er en kortvarig sygdom, eller er der frygt for en kronisk lidelse? ("Hvor længe tror du, det vil vare?")
- Konsekvenser: Mener patienten eksempelvis, at han vil komme til at arbejde igen, får han mange gener, sygemeldinger mv.? ("Hvad tror du, det vil betyde for din dagligdag?")
- Helbredelse og kontrol: Tror patienten, at han vil blive rask, at en behandling vil kunne hjælpe, og at han har indflydelse på sine symptomer? Eller føler patienten sig helt hjælpeløs og uden indflydelse på sine symptomer eller sygdom? ("Har du tænkt over eller gjort dig nogen erfaringer med, hvad der kan forbedre eller forværre dine symptomer?")

Patientens sygdomsopfattelse undersøges ved at spørge til hvert af disse 5 områder.

Det er i øvrigt en udbredt misforståelse, at patienter med funktionelle symptomer er rigide i deres overbevisning om, at de har en somatisk sygdom. Det kan dog gælde for en lille gruppe af de sværest syge. Tværtimod har flere undersøgelser vist, at patienterne har flere samtidige forståelser af deres problemstilling, som inddrager såvel biologiske som psykologiske og sociale forhold (26).

Det er ligeledes en misforståelse, at patienterne blot ønsker flere undersøgelser eller somatisk behandling. De fleste ønsker derimod at blive taget alvorligt, at få kvalificerende forklaringer og at få behandlet deres sygdom (25;27;28).

#### HVILKEN BETYDNING HAR SYGDOMSOPFATTELSE?

Patientens sygdomsadfærd er bestemt af hans eller hendes sygdomsopfattelse. Patientens egen sygdomsmodel får dermed betydning for sygeligheden og prognosen med hensyn til subjektiv velbefindende, funktionsevne, compliance og forbrug af sundhedsydelser mv.

Tilsvarende er lægens sygdomsforståelse afgørende for hans eller hendes valg af udredning og behandling.

#### HVOR GÅR GRÆNSEN MELLEML ALMINDELIG SYGDOMSBEKYMRING OG HELBREDSANGST?

Grænsen bygger på en klinisk vurdering. Der kan være tale om overdreven sygdomsbekymring eller egentlig helbredsangst, såfremt bekymringen ikke forsvinder eller hurtigt kommer igen, når patienten har gennemgået relevante undersøgelser og er blevet beroliget af lægen, eller hvis der er et gentaget mønster med letvakt sygdomsbekymring, der medfører kontakt til sundhedsvæsenet.

## VEDLIGEHOVDENDE OG FORSTÆRKENDE FAKTORER

### *Faktorer hos patienten:*

- B Samtidig psykisk sygdom.
- C Sygdomsforståelse og sygdomsadfærd, som medfører hyppig kontakt til sundhedsvæsenet.
- D Negative forventninger til forløbet.

### *Faktorer i sundhedsvæsenet:*

- A Biomedicinsk udredning og behandlingsforsøg kan øge sygdomsbekymring og påføre skader.
- A Passiv behandling.
- } Manglende specifikke behandlingstilbud.

### *Faktorer i omgivelserne og samfundsmæssige forhold:*

- B Regler vedr. sociale ydelser.
- } Stigmatisering.
- } Mediernes formidling af sundheds- og sygdomskultur.

## HVAD MEDVIRKER TIL FORVÆRRING AF PATIENTENS TILSTAND?

### FAKTORER HOS PATIENTEN

Hvis patienten har en samtidig psykisk sygdom som fx angst eller depression, øges risikoen for sygeliggørelse og langvarigt forløb (29-31).

Som anført i det foregående kapitel har patientens sygdomsopfattelse både betydning for forløbet (32;33) og for sygdomsadfærd. Hyppige kontakter til sundhedsvæsenet og forskellige behandlere øger risikoen for iatrogen skade og kan være medvirkende til udvikling af kroniske funktionelle lidelser (34-36).

Derudover har patientens forventninger til forløbet betydning, således at positive forventninger fremmer helbredelse, mens negative forventninger kan medvirke til sygeliggørelse (37-39).

### FAKTORER I SUNDHEDSVÆSENET (IATROGENICITET)

En sygdomsdiagnose giver forklaringer og handlemuligheder (40), mens manglende diagnostik skaber usikkerhed hos både patient og læge; men selv når diagnosen funktionel lidelse er stillet, henvises patienterne fortsat til somatiske udrednings- og behandlingsforsøg (41). Der ligger i øvrigt et paradoks i, at usikkerhed skaber behov for flere undersøgelser, som igen skaber mere usikkerhed (42).

Hvis patienten ikke føler sig hørt eller taget alvorligt, ser man typisk en præsentation af flere eller kraftigere symptomer (43). Jo mere patienten fokuserer på sine symptomer under konsultationen, desto større sandsynlighed er der for, at lægen håndterer problemstillingen ud fra en snæver biomedicinsk vinkel (44).

Nogle læger anvender somatiske undersøgelser for at kunne berolige patienter med forventede negative fund. Somatiske udredninger eller behandlingsforsøg kan imidlertid bidrage til øget sygdomsbekymring (45), især hos patienter med helbredsangst, angst eller depression (30;46). Det er vigtigt at sikre en god formidling om forventede resultater og forløb forud for evt. biomedicinsk udredning (47-49).

Passiv behandling som smertestillende medicin og 'diagnostiske skinmanøvrer' kan resultere i flere symptomer og bekymringer til følge. Fejlagtig rådgivning fra behandlere kan desuden forstærke en evt. indlært undgåelsesadfærd (50).

I nogle tilfælde bliver sygdomsforløbet langstrakt og præget af mistillid. Den tilsyneladende mangel på anerkendelse af symptomerne kan medføre utilfredshed med behandlingen og hyppige lægeskift, som igen medfører flere henvisninger og yderligere risiko for iatrogen skade. Nogle funktionelle lidelser er klart kroniske tilstande, og der savnes her en systematisk og proaktiv opfølgning frem for, at patienterne bliver kastebold mellem forskellige behandlere.

Konsekvenserne af iatrogene skader er anført i kapitlet om komplikationer.

#### HVORFOR TILSKYNDES LÆGEN TIL AT FORFØLGE DET BIOMEDICINSKE?

Lægers frygt for at overse somatisk sygdom er den hyppigste grund til viderehenvisning til udredning og behandling, på trods af at alvorlig sygdom kun sjældent overses i denne patientgruppe (se kapitel om differentialdiagnostik).

Nogle læger opfatter deres rolle som 'den biomedicinske konsulent' og føler sig ikke rustet til at tage sig af de psykiske og sociale komponenter af sygdomsbilledet. Fravær af målrettede behandlingstilbud i psykiatrien er medvirkende til stedmoderlig ad hoc-behandling i almen praksis og somatiske specialafdelinger.

#### FAKTORER I OMGIVELSERNE OG SAMFUNDSMÆSSIGE FORHOLD

Det er kun veldefineret sygdom, der giver grundlag for en sygerolle og dertil hørende sociale ydelser. Både patient og læge kan derfor blive ført ind i en adfærd, hvor der søges efter objektive tegn på eller beviser for sygdom (40). Mindre synlige og uforklarede tilstande som fx fibromyalgi kan give anledning til manglende forståelse fra omgivelserne, mistro og stigmatisering (51) (se kapitel om sociale relationer). På den anden side viser flere studier, at muligheden for at opnå økonomisk compensation ved sygefravær pga. ryglidelser øger risikoen for langtidssygemelding (52).

Der er kulturelle forskelle mht. hvilken forståelsesramme patienternes symptomer sættes ind i. Der er således stor kontrast imellem England og Brasilien, idet invaliderende træthed i Brasilien i langt højere grad opfattes som konsekvens af livsvilkår, mens der i England er et større behov for en biomedicinsk forklaringsmodel (53).

Også medierne spiller en rolle. Ofte er der fokus på forsinket diagnostik af fx kræft, fejlbehandlinger og potentielle forsikringsager. Der præsenteres unuancerede, katastrofeprægede trusselsbilleder om usynlige påvirkninger af det menneskelige legeme – forurening, stråling, gift i maden osv., som kan påvirke individets sygdomsopfattelse og sætte skub i udvikling af funktionelle lidelser hos prædisponerede (54).

**BEHANDLING OG VISITATION**

- A Behandlingen bør følge et *stepped care* princip.
- A Kognitiv adfærdsterapi udført af specialister har dokumenteret effekt.
- A Kognitivt orienterede behandlingsmodeller udført af praktiserende læger øger patienttilfredsheden og reducerer forbruget af sundhedsvæsenets ydelser.
- A Farmakologisk behandling har effekt ved svære funktionelle lidelser.
- C Forebyg unødige sygdomsbekymring og uhensigtsmæssig sygdomsadfærd i alle faser.
- C Aftal statuskonsultation og regelmæssige konsultationer ved patienter med kroniske lidelser.
  - } Stil diagnosen, hvis kriterierne er opfyldt.
  - } Vis forståelse og giv kvalificerende forklaringer.
  - } Vær proaktiv og tovholder ved komplekse problemstillinger.
  - } Undgå vanedannende medicin.

**HVAD ER DEN PRAKTISERENDE LÆGES ROLLE I BEHANDLINGEN?**

Alle patienter med funktionelle lidelser profiterer af behandling, men valget af behandlingsindsats afhænger af, hvor patienten befinder sig i sygdomsspektret for funktionelle tilstande. De fleste patienter henvender sig med funktionelle symptomer, hvor forebyggelse og rettidig behandling i praksis er vigtig. Andre patienter har kroniske lidelser, hvor problemstillingen kan være kompleks både sygdomsmæssigt og administrativt, hvor flere behandlere og evt. det sociale system er involveret samtidigt. Det er da en vigtig opgave for almen praksis at være tovholder og sikre koordinering.

Behandlingen af funktionelle tilstande bør samlet set tage udgangspunkt i en *stepped care*-tilgang, hvor man skal forsøge at afgrænse på hvilket specialiseringsniveau, patienten bedst behandles (figur 2) (55;56). Her indgår overvejelser om praktisk gennemførlighed bl.a. baseret på en vurdering af sværhedsgraden af tilstanden, hvad der er acceptabelt for patienten, tilgængelige ressourcer og egen læges kompetence på området. Hvor meget af behandlingen, den praktiserende læge har ansvar for, afhænger således både af lægens forudsætninger og af tilgængeligheden til andre behandlingsmuligheder i det geografiske område. Det er overordentlig vigtigt, at lægen er bevidst om, hvilken opgave han/hun har i behandlingen.

**Figur 2: Stepped care i sundhedsvæsenet**

Hertil kommer rehabiliteringsindsatser mv. efter sociallovgivningen (se kapitel om det socialt-lægelige samarbejde)

**HVORDAN FOREBYGGES UHENSIGTSMÆSSIG SYGDOMSADFÆRD?**

Lægens tilgang til en patient, der henvender sig med symptomer, kan være afgørende for, hvordan forløbet bliver (57;58). Udredninger og behandlingsforsøg kan øge bekymring, sygeliggørelse og lægesøgning (se kapitel om vedligeholdende og forstærkende faktorer) (59). Lægen bør derfor håndtere problemstillingen bredt og ikke kun ud fra en snæver biomedicinsk tilgang (60). Det er særligt vigtigt at spørge til patientens psykologiske og sociale forhold samt til patientens sygdomsforståelse og forventninger til lægen/sundhedsvæsenet og andre aktører som fx arbejdsplads og kommune. Lægen bør inddrage denne viden allerede fra starten af sygdomsforløbet, også når der er indikation for yderligere biomedicinsk udredning. Målet er at øge patientens mestring af symptomer og mindske sygdomsbekymring parallelt med en evt. udredning. Uspecifik, generel beroligelse er ikke særlig effektiv, og det er u hensigtsmæssigt at foretage biomedicinske udredninger alene for at berolige patienten (30;45). I stedet anvendes kvalificerende forklaringer og normalisering (61).

Kvalificerende forklaringer tager udgangspunkt i patientens sygdomsforståelse og identificerer mekanismer, som patienten forstår, og som viser, at lægen accepterer symptomernes realitet. (Denne accept betyder ikke, at lægen er enig i patientens årsagsforklaring).

Ved normalisering sættes patientens symptomer ind i den sammenhæng, at det er almindeligt (velkendt fra andre patienter) at have kropslige sensationer, og at disse kun sjældent er tegn på egentlig sygdom. Normalisering kan KUN anvendes ved lette symptomer.

Også patienter med kroniske funktionelle lidelser har behov for kvalificerende forklaringer og for dialog omkring sygdomsforståelse og forventninger. Mange har desuden behov for emotionel støtte (25). Hos patienter med et stort forbrug af sundhedsydelse anbefales det at være proaktiv og lave faste konsultationsaftaler med udgangspunkt i patientens aktuelle forbrug og gradvis tilpasning. Egen læges tovholderfunktion er særlig vigtig for disse patienter, og der kan være behov for en åben drøftelse med patienten om det formålstjenlige i hans/hendes forbrug af lægevagter, skadestue, alternativ behandling mv.

#### HVORDAN BEHANDLES FUNKTIONELLE LIDELSER?

Der er fundet god effekt af psykologisk behandling, specielt kognitiv adfærdsterapi (62). Dette gælder såvel ved helbredsangst som ved andre funktionelle lidelser og syndromer som fx kronisk træthedssyndrom, fibromyalgi og irritable tyktarm (15;56;63-67). Disse behandlingsformer er primært udviklet og afprøvet i specialiseret regi (64;67-74), og resultaterne kan ikke uden videre overføres til almen praksis (75;76).

I almen praksis anbefales modeller inspireret af kognitiv terapi, men tilpasset primærsektoren, fx den danske TERM-model (*The Extended Reattribution and Management model*). Disse modeller forbedrer patienttilfredsheden og mindsker forbruget af sundhedsydelser, mens en forbedring af patienternes helbred ikke er dokumenteret (1;77-82).

En forudsætning for at kunne gå i dialog med patienten om behandlingsforløbet er, at patienten føler sig forstået. Lægen skal anerkende, at patientens symptomer er reelle og tage en bred, bio-psyko-social tilgang til patientens problemstilling med udgangspunkt i nedennævnte forhold.

#### **Konsultationens del 1 (patientens del): At skabe forståelse og sikre en bio-psyko-social tilgang**

- Uddyb symptomanamnese
- Uddyb signaler om emotionelle problemer
- Spørg til angst- og/eller depressionssymptomer
- Afdæk belastninger, stress og ydre faktorer
- Spørg til funktionsevne
- Afdæk patientens sygdomsforståelse
- Afdæk patientens forventninger til udredning og behandling
- Foretag en fokuseret klinisk undersøgelse og evt. parakliniske undersøgelser.

Det videre forløb vil afhænge af, hvor svær en lidelse patienten har.

#### LETTE OG MODERATE FUNKTIONELLE LIDELSER/BODILY DISTRESS

Der tages udgangspunkt i patientens sygdomsforståelse, som søges nuanceret, således at der skabes en udvidet forståelsesramme for symptomerne. Der kan her indgå normalisering og forskellige

forklaringsmodeller, hvor især biologiske forklaringsmodeller opleves nyttige af patienterne. Fx kan man fortælle om autonome reaktioner ved stressreaktioner eller muskelspændinger ved nervøsitet som grundlag for den kropslige stresstilstand.

## SVÆRE FUNKTIONELLE LIDELSER

Behandlingen i almen praksis kan med fordel indgå i *shared care*-programmer, hvor den praktiserende læge samarbejder med specialiseret personale om behandlingen (69;83).

Hos patienter med svære funktionelle lidelser kan problemstillingen være yderst kompleks. Det anbefales da at lave en statuskonsultation, hvor hele sygdomsforløbet gennemgås med patienten. Hos patienter med kronisk funktionel lidelse og hyppig kontakt til sundhedsvæsenet (aktiv sygdomsfasen) skal lægen være proaktiv, og det anbefales at lave en statuskonsultation mindst en gang om året. Som led i statuskonsultationen kan man med fordel monitorere patientens fysiske og psykiske symptombelastning fx ved brug af CMDQ-spørgeskemaet (se appendiks).

### Statuskonsultation

- Gennemgang af journalmateriale
- Åben dialog med patienten om forløbet hidtil
- Støtte til patienten i at tage aktivt del i behandlingsforløbet
- Fælles plan for det videre forløb
- Evt. inddragelse af pårørende.

For både *bodily distress* syndrom og helbredsangst gælder nedennævnte behandlingsprincipper, men fokus i terapien afhænger af lidelsen.

### Med udgangspunkt i kognitiv terapi arbejdes med følgende forhold:

- At stille og formidle diagnosen.
- Psykoedukation.
- Undersøgelse af patientens tanker og overbevisninger.
- Alternativ forståelse og adfærd, herunder at mindske sygdomsbekymring og dysfunktionel adfærd.
- Målsætning.
- Problemløsning.
- Tilbagefaldsforebyggelse.

## BODILY DISTRESS SYNDROM

Hos disse patienter er fokus især på symptomer og adfærd relateret hertil. Man kan forklare, at de tilgrundliggende årsager ikke kendes, men at der er et biologisk grundlag med ændringer i nervesystemets måde at filtrere signaler på samtidig med, at kroppen er i en form for alarmberedskab og producerer flere symptomer end normalt. Der anvendes et symptomregistreringsskema (se appendiks) bl.a. til synliggørelse af variation i symptomoplevelser og for at give afsæt til arbejdet med alternativ forståelse og adfærd. Til sidst nævntes anvendes desuden den kognitive grundmodel ved funktionelle lidelser om automatiske og alternative tanker og adfærd. Endelig arbejdes der fremadrettet med mestring og problemløsning bl.a. ved



brug af en måltrappe. Udgangspunktet er, at det ved alle sygdomme har betydning for forløbet, hvordan man handler og reagerer på sine symptomer.

Hos patienter, som pga. deres sygdom er blevet deconditioneret, er der god effekt af gradvis genoptræning (*graded exercise therapy*) (67).

Nye metoder som mindfulness terapi og Acceptance and Commitment Therapy (ACT) kan have effekt, men dokumentationen er p.t. mangelfuld (84).

## HELBREDSANGST

---

Patienter med helbredsangst er som regel selv opmærksomme på, at det er noget, der foregår i deres hoved, specielt i faser uden helbredsangst. Når angsten tager styringen, kan de imidlertid være helt i dens vold og være overbeviste om at fejle noget alvorligt. Den kognitive terapi fokuserer på patientens dysfunktionelle antagelser om at have pådraget sig en sygdom. Man arbejder med patientens tilbøjelighed til en let provokeret angst og evt. katastrofetænkning. Heri kan inddrages figur 1 (se kapitel om patientens sygdomsopfattelse), og i arbejdet med alternative forklaringer kan man anvende den kognitive grundmodel ved funktionelle lidelser (se appendiks).

Disse patienter kan evt. behandles i samarbejde med en psykolog, idet angsten og ikke symptomerne er det dominerende i sygdomsbilledet.

Det er særlig vigtigt at forberede patienter med helbredsangst på forventede (negative) resultater forud for nødvendige somatiske udredninger.

## SÆRLIGT VED KRONISKE LIDELSER

---

I de tilfælde, hvor lidelsen er blevet kronisk, og der ikke umiddelbart er udsigt til helbredelse, er det overordentlig vigtigt at undgå iatrogene skader og at understøtte en fremadrettet proces imod bedring. Til dette formål kan man anvende en række principper anført i tabellen om håndtering af kroniske funktionelle tilstande.

## Håndtering af kroniske funktionelle lidelser

### Somatisk

- Foretag en fokuseret somatisk undersøgelse.
- Undgå udredning, der ikke er indiceret på grundlag af objektive fund eller et veldefineret klinisk sygdomsbillede.
- Behandl aldrig for en lidelse, patienten ikke har.
- Sanér medicin og undgå vanedannende medicin.

### Psykologisk

- Stil diagnosen.
- Anerkend patientens symptomer.
- Vær direkte, ærlig og respekterende.
- Vær stoisk, forvent ingen hurtige ændringer eller helbredelse.
- Reducer forventningerne om helbredelse, men understøt troen på bedring.
- Overvej, om nyttilkomne symptomer eller en forværring er udtryk for emotionel kommunikation frem for tegn på en ny lidelse.
- Anvend specifik terapi og overvej henvisning til specialiseret behandling.

### Psykofarmakologisk

- Overvej behandling med psykoaktiv medicin.
- Vælg ikke-vanedannende medicin og vælg gerne medicin, der kan serummonitoreres.
- Start med mindre dosis end sædvanligt og øg langsomt. Vær stoisk over for bivirkninger.
- Behandl en evt. samtidig psykisk sygdom efter sædvanlige retningslinjer.

### Administrativt

- Vær bevidst om din rolle i behandlingen.
- Vær proaktiv.
- Undlad så vidt muligt sygemeldinger.
- Skab en alliance med patienten om, at du er tovholder, og at antallet af behandlere begrænses.
- Informer kolleger om behandlingsplan og aftaler.
- Opbyg en terapeutisk alliance med pårørende.
- Arranger evt. supervision og støtte til dig selv.

## HVORNÅR ER DER INDIKATION FOR FARMAKOLOGISK BEHANDLING?

Der er i øjeblikket ingen lægemidler, der har funktionelle lidelser som registreret indikation. I det følgende formidles ekspertanbefalinger og evidens på området.

Evt. medicinsk behandling skal kun ske på indikation, det vil sige ved en verificeret diagnose, og når der er evidensbaseret behandlingseffekt. Man kan således overveje specifik medicinsk behandling rettet mod svære funktionelle lidelser i form af *bodily distress syndrom* eller helbredsangst, mens symptombehandling sjældent er indiceret. En samtidig angsttilstand, depression eller anden psykisk sygdom hos patienter med funktionelle lidelser behandles efter gældende retningslinjer.

Generelt er effekten af medicinsk behandling ved funktionelle lidelser i form af *bodily distress syndrom* ikke så veldokumenteret, men der foreligger dokumentation for en række funktionelle syndromer (85) og svær helbredsangst (70). I svære tilfælde af funktionelle lidelser kan antidepressiva (SSRI, NaSSA, SNRI, TCA) være effektive også hos patienter, der ikke er deprimerede (63;86-90). Ved funktionelle lidelser retter den psykofarmakologiske behandling sig mod forstyrrelser i symptomperception og den centrale smertehæmning og ikke mod en formodet underliggende depression. Endvidere har antiepileptika (gabapentin, pregabalin, lamotrigin, carbamazepin), som anvendes i smertebehandling, formodentligt også effekt (90), når der ses bort fra helbredsangst, hvor kun SSRI har været afprøvet.

Ved farmakologisk behandling bør der tages hensyn til, at patienter med funktionelle lidelser ofte er mere følsomme over for bivirkninger, og man bør starte med lavere dosis end normalt (*start low - go slow*). Ligeledes bør der vælges stoffer, der kan serummonitoreres af hensyn til vurdering af bivirkninger og compliance. I nogle tilfælde kan det være indiceret med specifik symptombehandling, fx med motilitetsmodificerende midler ved colon irritabile (89). UNDGÅ vanedannende medicin som fx stærke analgetika og benzodiazepiner.

#### HVORDAN HÅNDBTERES SPECIFIKKE FORVENTNINGER OM IKKE INDICEREDE TILTAG?

Hvis patienten anmoder om fx en sygemelding, medicin eller en specifik undersøgelse, skal man som læge være sig sin rolle bevidst og handle ud fra sin professionelle viden. Samtidig er det klart, at patienten har en god grund til at have det givne ønske, og det er altid vigtigt at få patientens forventninger frem i konsultationen. Hvis en given undersøgelse imidlertid ikke er lægeligt indiceret, er der potentiel risiko for iatrogen skade, og undersøgelsen skal i så fald ikke foretages. Formidlingen heraf skal foregå i en åben og imødekomende dialog med patienten, hvor man fx kan gennemgå fordele og ulemper ved et givent tiltag.

#### HVORDAN HÅNDBTERES FUNKTIONEL LIDELSE HOS PATIENTER MED SAMTIDIG SOMATISK SYGDOM?

Samtidige sygdomme, såvel somatiske som psykiske, behandles efter givne retningslinjer. For også at kunne tage hånd om patientens funktionelle symptomer eller lidelse, herunder helbredsangst, bliver det særlig vigtigt med en bred bio-psyko-social tilgang til problemstillingen og en åben dialog med patienten om sygdomsforståelse og -adfærd samt indikationen for og forventede resultater af evt. somatiske tiltag. Som nævnt under farmakologisk behandling, kan disse patienter være særlig følsomme over for medicinbivirkninger.

## RELATIONERS BETYDNING

### LÆGE-PATIENT-RELATIONEN

- B Rigide forklaringsmodeller og økonomiske kompensationsystemer kan belaste læge-patient-forholdet.
- B Lægens anerkendelse af patientens symptomer og tanker om lidelsen kan forbedre læge-patient-forholdet.
- B Supervision kan bidrage til at reducere lægens diagnostiske og terapeutiske usikkerhed.

### HVAD GØR FUNKTIONELLE LIDELSER VED LÆGE-PATIENT-RELATIONEN?

Svære funktionelle lidelser udgør en særlig udfordring for lægen. Hvis patienten kommer til konsultationen med forklaringsmodeller, som lægen ikke deler, kan det medføre en ond cirkel af fremmedgørelse og gensidige negative forventninger mellem læge og patient. Hvis patienten ydermere desavouerer lægens forklaringer og autoritet giver det selvsagt ikke et godt udgangspunkt for en konsultation (91). Patienter med vedvarende bekymring kan også give problemer i læge-patientforholdet, idet uafklarede bekymringer skaber forventning om flere undersøgelser og henvisninger (33).

Studier af patienter med kroniske rygsmerter har vist, at muligheden for at opnå økonomisk kompensation er forbundet med en dårlig prognose for lidelsen (92). Verserende erstatningssager kan bevirke, at lægen kommer i konflikt med sig selv og sin rolle som henholdsvis patientens advokat, der skal sørge for erstatning, og patientens sundhedsprofessionelle, der skal fremme helbredelse.

En australsk interviewundersøgelse af patienter med whiplash associeret lidelse tyder på, at patientens subjektive lidelse i forbindelse med traumet ofte undervurderes af lægen og at en støttende relation mellem læge og patient i sig selv fremmer helingen (93).

### HVORDAN OPBYGGES EN GOD RELATION TIL PATIENTEN?

Håndteringen af svær *bodily distress syndrom* som kronisk lidelse med bevidst professionel adfærd inklusive regelmæssige konsultationer udgør en nødvendig ramme for læge-patient-relationen. Effektiv behandling kræver samarbejde mellem læge og patient. Det er vigtigt at få bekymringerne udtrykt og præciseret, så de kan diskuteres (35).

Anerkendelse af patientens subjektive lidelse er et nøglebegreb, jf. TERM-modellen (1).

### HVORDAN HÅNDBERES UDREDNING OG BEHANDLING I SAMARBEJDE MED PATIENTEN?

I udredningsforløbet er regelmæssige konsultationer vigtige for at bevare en tillidsfuld alliance. Hvis lægen har en bevidst, proaktiv adfærd kan iatrogen skade forebygges, når patienten skal gennem et udredningsprogram (41). Lægen bør levere god, saglig information om det forventede forløb og løbende delagtiggøre patienten i planer, overvejelser og forventet resultat.

Hvis patienten har ønske om en bestemt undersøgelse eller henvisning bør det medføre at lægen spørger til patientens konkrete situation, forestillinger og bekymringer.

En god læge-patient-relation er en vigtig forudsætning for et godt behandlingsforløb, ikke mindst hvis et samtaleforløb indledes (94).

#### HVORDAN DÆMPES LÆGENS USIKKERHED?

Undersøgelser tyder på, at lægens usikkerhed dæmpes, hvis han/hun bliver bedre til at forstå patientens perspektiv (93).

Større viden om funktionelle lidelser, en bedre forståelse af sygdommen og forbedrede færdigheder hos lægen opnået gennem træning og supervision bidrager ligeledes til at mindske hans/hendes usikkerhed (95).

#### PATIENTENS SOCIALE RELATIONER

- B Helbred og dødelighed er associeret med sociale relationer.
- B Gode sociale relationer hæmmer udvikling af funktionelle symptomer.
- B Arbejdsløshed øger risikoen for funktionelle symptomer, medicinforbrug og lægebesøg.
- B Kroniske symptomer og jagten på en diagnose kan medføre social isolation.
- B Patienter med funktionel lidelse ønsker rådgivning til selvhjælp.
- C Funktionelle lidelser er stigmatiserende og ofte forbundet med manglende forståelse fra familie, sundhedsvæsen og socialvæsen.
- )} Behandlere bør have opmærksomhed på sociale relationers betydning for udvikling af funktionelle lidelser.

#### HVAD BETYDER SOCIALE RELATIONER FOR HELBREDET?

Sammenhængen mellem sociale relationer og helbred er kompleks, og sociale relationer er ikke et stabilt fænomen, men forandrer sig gennem livet. Gode sociale relationer samt opfattelse af kontrol og tiltro til andre er generelt vigtige sundhedsparametre, og har betydning for udvikling af funktionelle lidelser og depression (96).

Associationen mellem sociale relationer og helbred er stærk (97;98). Personer med utilstrækkelig social støtte har fx højere forekomst af overvægt, hjertetilfælde, angst og depression, og mangel på sociale relationer øger modtageligheden for sygdomme og/eller forsinker helbredelse.

Sociale relationer kan dog også udgøre en belastning for helbredet. Fx har studier vist, at belastende relationer kan øge risikoen for psykisk sygdom (98).

## HVAD BETYDER PATIENTENS SOCIALE RELATIONER FOR FORLØBET AF EN FUNKTIONEL LIDELSE?

Det er af afgørende betydning, i hvilken grad familien er i stand til at mestre situationen (99).

Baggrunden for et godt mentalt helbred er balance i sociale relationer, i hjemmeliv samt i arbejdsmæssig sammenhæng (kontrol og støtte) (100). Utilstrækkelig social støtte og lav indkomst er fx risikofaktorer for udvikling af depression hos yngre kvinder med kronisk træthedssyndrom (101).

Arbejdsløshed øger risiko for funktionelle symptomer og depression for begge køn, uafhængigt af socialt netværk (102).

## HVAD BETYDER HELBREDET FOR DE SOCIALE RELATIONER?

Helbredet har også betydning for udvikling og vedligeholdelse af de sociale relationer.

Lav fysisk funktionsevne og depressive symptomer er nogle af de vigtigste faktorer, mens selvvurderet helbred og alvorlig sygdom betyder mindre. Svære funktionelle symptomer som fx fibromyalgi-symptomer kan betyde ødelagte relationer, social isolation samt nedsat funktionsevne både i forhold til erhverv, dagligliv og fritidsaktiviteter (103).

Manglen på diagnose og legitimitet ved funktionelle lidelser skaber usikkerhed og angst, og jagten på en diagnose kan medføre social isolation (104;105). "If you have to prove you are ill, you can't get well".

## HVAD BETYDER PATIENTENS SOCIALE RELATIONER FOR BEHANDLINGSFORLØBET?

### LÆGENS ROLLE

Der er stærk association mellem antallet af besøg hos egen læge og patientens sociale relationer. Behovet falder med øget social støtte, men stiger med negative livsbegivenheder (106), herunder arbejdsløshed (14). Fx har personer med nedsat funktionsevne, lav social støtte, og som bor alene, et forbrug af sundhedsydelser der er 3-7 gange øget i forhold til normalbefolkningen (107).

Kortlægning af og viden om patientens sociale relationer er vigtigt som identifikation af sårbarhed i forhold til psykologisk stress (5;12;22). Kendskab til patientens sociale relationer er desuden en forudsætning for at kunne inddrage relevante faggrupper i udredning og behandling. Det er således vigtigt rutinemæssigt at undersøge patientens psykosociale risikofaktorer (102;106;108) og være opmærksom på familiens muligheder for at give praktisk og emotionel støtte i forbindelse med sygdom (109).

Ved arbejdsløshed kan læger medvirke til at øge opmærksomheden på sundhedseffekterne hos den berørte og påvirkningerne af hele familien (110).

Lægen har – udover at varetage den medicinske behandling – en vigtig rolle med at formidle adgang til psykologisk bistand, sagsbehandling og jobservice, når det er nødvendigt (110).

En undersøgelse har vist, at patienter med kronisk træthedssyndrom foretrak selvhjælp, social støtte og rådgivning som led i rehabilitering for bedst selv at kunne håndtere deres situation (111).

---

## OMGIVELSERNES ROLLE

Manglende forståelse og følelse af stigmatisering er et udbredt fænomen (51;112;113). Større kendskab til sygdommen samt støtte fra omgivelserne er nøglefaktorer til at opnå følelse af kontrol og accept for patienterne (113). Fx oplever patienter med fibromyalgi ofte mistro og stigmatisering fra både de nærmeste, kolleger, sundheds- og socialsystemet (51). Dette sker dels i form af overbeskyttelse, fornægtelse og belæring, dels som mangel på støtte og anerkendelse, og begge dele påvirker sygdomsforløbet negativt (51). Usikkerhed og social isolation rammer også de pårørende. Omvendt har et interventionsstudie vist, at social støtte og undervisning forbedrede symptomerne, gav øget tro på egen formåen og gjorde patienterne mere selvhjulpne efter 1 år (25).

## KOMPLIKATIONER

- B Potentielt skadelige undersøgelser og behandlinger er almindeligt forekommende hos patienter med funktionelle symptomer.
- B Patienter med svære funktionelle lidelser udsættes for unødvendige somatiske tiltag med deraf følgende legemlige skader og risiko for langvarige sygdomsforløb.
- B Funktionelle lidelser forklarer 14 % af samtlige sygemeldinger efter 8 uger.

Forebyggelse er vigtig både ved lette og svære funktionelle tilstande. Patienter med funktionelle symptomer risikerer sygeliggørelse og en følge heraf kan være udvikling af en kronisk tilstand. Patienter med svære funktionelle lidelser er i høj risiko for at få psykiske og fysiske komplikationer.

Komplikationer opstår typisk på grund af forkert håndtering eller pga. manglende specifik behandling. En snæver somatisk tilgang til udredning og behandling kan resultere i iatrogene skader. Samtidig er sundhedsvæsenets tilbud om specifik behandling yderst begrænset.

### HVILKE KOMPLIKATIONER KAN OPSTÅ VED ET OVERDREVENT SOMATISK FOKUS?

Hvis man undlader at stille diagnosen funktionel lidelse, når kriterierne er opfyldt, risikerer patienten at blive kastebold mellem forskellige speciallæger, socialforvaltning osv., idet alle er usikre på hvad patienten fejler. Herved risikerer vi at udsætte patienten for iatrogen skade og forlænge sygdomsforløbet unødigt.

Enkelte studier har påvist direkte negative effekter af somatiske undersøgelser og behandlingsforsøg ved bevægeapparatsymptomer. Fx viste et randomiseret studie af røntgenundersøgelse ved rygsmerter, at flere af de undersøgte havde persisterende smerter, dårlig funktionsevne og et højt forbrug af sundhedsvæsenet end de patienter, der ikke fik lavet billeddiagnostik (114).

Der foreligger desuden mange kasuistikker over komplikationer til udredning og behandling, men kun få samleopgørelser på området. En undersøgelse fra 1992 i Danmark viste, at patienter med gentagne indlæggelser pga. persisterende funktionelle symptomer blev udsat for flere kirurgiske indgreb og fik næsten lige så meget farmakologisk behandling, som patienter med somatiske sygdomme. Oftest blot med bivirkninger til følge (36). Som eksempler på iatrogene skader kan nævnes, at gentagne intraabdominale indgreb kan resultere i adhærencedannelser (115), og at man har set et stigende forbrug af mavesårsmedicin, selv om flere undersøgelser har dokumenteret, at de fleste tilfælde af øvre dyspepsi ikke skyldes organiske forandringer (116).

Endelig bidrager lange ventetider og regler for økonomisk kompensation til sygeliggørelse. Det gælder foruden i sundhedsvæsenet også det sociale system og i evt. forsikringsager (92;117;118).

### HVILKE KOMPLIKATIONER KAN OPSTÅ PÅ GRUND AF MANGLENDE BEHANDLINGSTILBUD?

Når patienten fastholdes i en sygerolle og ikke tilbydes specifik behandling øges risikoen for udvikling af et langvarigt og kronisk forløb med deraf følgende funktionsevnetab.

En dansk undersøgelse af langtidssygemeldte fandt, at 14 % havde funktionelle lidelser og 22 % havde en psykisk sygdom (31). I et randomiseret studie af whiplash-skader fandt man, at flere patienter forblev



sygemeldte efter sygemelding og behandling med halskrave sammenlignet med patienter, der fik almindelige råd (119). Funktionsevnetab og sygemeldinger er medvirkende til udstødelse fra arbejdsmarkedet og udvikling af social isolation.

## PROGNOSE

- B Initial symptomvarighed over 4 uger medfører ofte et langvarigt forløb.
- B Uspecifikke symptomer aftager spontant hos 50-75 %.
- B Helbredsangst forsvinder spontant hos 30-50 %.

### HVAD SKAL JEG SIGE TIL PATIENTEN OM PROGNOSE?

Prognosen og forløbet at sygdommen er afhængig af sværhedsgraden og varigheden af symptomerne. I de svære kroniske tilfælde kan sygdommen medføre svær invaliditet og funktionsevnepåvirkning, hvorimod symptomerne i de lette tilfælde oftest er forbigående og selvlimiterende.

Forekomsten af nye uforklarede problemstillinger er høj i almen praksis. Det, der bedst forudsiger fortsat symptomvarighed, er en initial varighed på mere end 4 uger, inden problemet præsenteres samt muskel- og skeletklager ved debut (120).

### HVOR INVALIDERENDE ER FUNKTIONELLE LIDELSER FOR PATIENTERNE?

Der er nogen evidens for, at jo flere og sværere fysiske symptomer patienten oplever ved første henvendelse, desto dårligere er prognosen. Ubehandlet vil 50-75 % af patienter med funktionelle symptomer få det bedre, mens 10-30 % af patienterne vil opleve en forværring over tid. Hos patienter med helbredsangst vil 30-50 % få det bedre uden behandling, således at patienter med let helbredsangst har en god prognose, mens patienter med svær helbredsangst ofte vil udvikle kroniske forløb (7;121).

### HVORDAN MONITORERER VI BEDST BEHANDLINGEN AF FUNKTIONELLE LIDELSER?

Behandlingen af funktionelle lidelser monitoreres bedst med fysisk symptom score og vurdering af graden af helbredsangst fx ved brug af CMDQ-spørgeskemaet (se appendiks), forbrug af sundhedsydelse og mål for funktionsevne. En sådan monitorering kan indgå som en del af en statuskonsultation.

## FUNKTIONELLE SYMPTOMER OG LIDELSER HOS BØRN

- B Symptombilledet hos yngre børn er ofte mono- eller oligo-symptomatiske og mest i form af recidiverende smerter (mavepine, hovedpine, smerter i arme/ben).
- B Multisymptomatiske præsentationer øges med alderen, hvor der også ses andre klager som træthed og (pseudo)neurologiske symptomer.
- B Der kan være komorbide emotionelle lidelser (angst og depression) og desuden adfærdsmæssige og indlæringsmæssige problemer.
- C Symptomerne kan optræde sammen med helbredsbekymringer/ængstelse.
- ✓ Familien og det øvrige sociale netværk er vigtige og nødvendige informanter, specielt for børn i alderen 0-10 år.
- ✓ Familiefaktorer har hos børn særlig betydning for symptomhåndtering, kontakt til sundhedsvæsenet, forbrug af sundhedsydelser og adfærdsændringer.

### HVOR HYPPIGE ER FUNKTIONELLE SYMPTOMER BLANDT BØRN?

I skolealderen klager ca. 1 ud af 10 børn over tilbagevendende generende legemlige symptomer (122). Hos 5-7-årige danske børn er 1-års-prævalensen af forælderrapporterede funktionelle symptomer med funktionsevnepåvirkning 4,4 % (123). Hos specielt større børn ses en højere forekomst hos piger end hos drenge. Der er ingen tal for, hvor mange børn med funktionelle symptomer der ses i almen praksis i Danmark. I førnævnte danske undersøgelse af 5-7-årige havde 31 % af børnene med funktionelle symptomer haft lægekontakt gennem det seneste år pga. symptomerne.

### HVORDAN ER DET KLINISKE BILLEDE HOS BØRN?

Funktionelle symptomer hos børn optræder, som hos voksne, inden for et spektrum af lette, ofte selvlimiterende, symptomer til lidelser med kroniske og invaliderende symptomer med udtalt funktionsevnebegrænsning (1, 4, 5, 6, 11). Imidlertid opfylder funktionelle symptomer hos børn som regel ikke ICD-10 kriterierne for somatoforme tilstande (13), og i stedet anvendes ofte uspecifikke symptomdiagnoser (4).

Helbredsbekymring kan hos mindre børn komme til udtryk ved ængstelse for, at noget i kroppen er i stykker eller gennem adfærden, fx at barnet er svært at berolige, når det har legemlige symptomer.

### HVAD BETYDER FAMILIEN?

Funktionelle symptomer og lidelser optræder med øget forekomst i nogle familier. Den familiemæssige transmission synes betinget af såvel sociokulturel indlæring som arvelighed. Studier viser, at børn af forældre med såvel funktionelle lidelser som angst og depression har en højere forekomst af legemlige symptomer (122), og at børn kan involveres i gentagne lægebesøg pga. forældrens helbredsangst (124). Der er fundet en høj grad af forældreoverinvolvering i barnets sygdom hos børn/unge med en funktionel lidelse, og de tilfælde, hvor forældrene er overbeviste om, at symptomerne alene skyldes en biologisk/fysisk årsag, har en dårligere prognose. I enkelte tilfælde kan der være tale om fysisk eller seksuelt misbrug. Andre stressorer, fx dødsfald af nærtstående eller dårlige økonomiske forhold, øger også

forekomsten af funktionelle symptomer hos børn, men er uspecifikke faktorer, da de også disponerer til andre psykiske lidelser. Børn med en sårbar psykisk konstitution (ængstelige, følsomme, samvittighedsfulde) synes særligt påvirkelige af de nævnte forhold.

### HVORDAN SKAL BØRN UDREDES?

Der findes ikke et valideret udredningsprogram til børn. I den foreliggende litteratur anbefales (125-127):

- En grundig symptomanamnese med interview af både barn og forældre, da specielt børn yngre end 9-10 år har svært ved at give en detaljeret symptombeskrivelse. Ved uoverensstemmelse mellem forælderreportering og barnets egen beskrivelse af symptomerne, skønner lægen, hvilken information der skal vægtes mest. Der skal spørges ind til, hvordan barnet udvikler sig og klarer sig i børnehave eller skole, om der er meget sygefravær, og hvordan symptomerne har haft indflydelse på barnets funktionsevne.
- Eventuel indhentning af supplerende oplysninger, fx fra børnehave/skole om barnets faglige og sociale funktion og/eller gennemgang af tidligere journalmateriale.
- En klinisk vurdering af barnet og observation af forældre-barn-samspil og forældrenes håndtering af deres barn.
- En objektiv legemlig undersøgelse, inklusive en trivselsvurdering med måling af højde og vægt.
- Eventuelt parakliniske undersøgelser afhængigt af fund ved ovennævnte punkter. Da de enkelte symptomer på en veldefineret somatisk og funktionel lidelse er ensartede, kan det ofte være indiceret at tage følgende blodprøver: hæmatologiske kvantiteter (hæmoglobin, trombocytter, leukocytter), væsketal (natrium, kalium og creatinin), levertal, thyreoidea-prøver (TSH), fasereaktanter (CRP/SR) og kreatinin-kinase. Desuden undersøges urin for protein og glukose.

Anamnestiske oplysninger, der kan tale for, at symptomerne er funktionelle:

- Tidsmæssigt sammenfald mellem sandsynlige stressorer og de legemlige symptomer (fx smerteanfald ved problemer i skolen eller familiære konflikter).
- Psykiatrisk komorbiditet (angst, depression eller anden psykisk sygdom) hos barnet.
- Tidligere funktionelle symptomer hos barnet og/eller en familiær ophobning af funktionelle lidelser.
- Social eller familiær forstærkning af symptomer (fx at barnet opnår særlige goder eller undgår ting, det ikke kan lide, når det har symptomer).
- Barnets symptomer ligner et symptommønster hos en anden i familien eller det sociale miljø.
- Symptomet og/eller graden af funktionsevnepåvirkning passer ikke med de kliniske fund (fx langvarige stærke mavesmerter efter kortvarig mavetarminfektion).
- Respons på påvirkninger (fx bedring af symptomer ved psykologisk behandling og placebo, forværring ved suggestion).

OBS. Ingen af ovennævnte punkter udgør positive kriterier, da de også ses hos børn med en veldefineret fysisk sygdom, men konstellationen af flere eller alle punkter øger sandsynligheden.

---

## PRINCIPPER FOR BEHANDLING

Jo yngre barnet er, jo mere skal der i behandlingen være fokus på at støtte netværket i en hensigtsmæssig håndtering af barnets symptomer. Behandlingen kan, som hos voksne, tage udgangspunkt i en model for *stepped care*.

---

### LETTE TIL MODERATE FUNKTIONELLE SYMPTOMER/LIDELSER

Beroligelse og normalisering med 'navngivning' og kvalificerende forklaring af symptomerne (126). Det skal understreges, at symptomerne ikke nødvendigvis forsvinder. Barnet og forældrene opmuntres til at fokusere på normale aktiviteter og adfærd for at styrke deres egen symptomstrømning. Der kan også være behov for information til og samarbejde med børnehave/skole for at forebygge og mindske sygefravær.

---

### MODERATE TIL SVÆRE FUNKTIONELLE LIDELSER

Det kan være nødvendigt med udredning og behandling i et tværfagligt team, fx på en børneafdeling (125;127).

---

### SVÆRE FUNKTIONELLE LIDELSER

Ved svær funktionsevnepåvirkning, mistanke om psykiatrisk komorbiditet og udtalt dysfunktionel sygdomsopfattelse og sygdomsadfærd i familien er der som regel behov for en fælles pædiatrisk og børnepsykiatrisk indsats. Der findes ikke evidensbaserede retningslinjer for specifik behandling, men familiebaseret kognitiv adfærdsterapi er vist effektiv for flere funktionelle lidelser hos børn (128). Implementering af systematiserede modeller for '*shared care*' og specialiserede behandlingstilbud er dog ikke udbredt i Danmark.

---

## FARMAKOLOGISK BEHANDLING

SSRI-behandling kan anvendes ved komorbid angst og/eller depression (125). Iværksættelse af behandlingen er hos børn en specialistopgave, mens vedligeholdelsesbehandling kan varetages af den praktiserende læge i samråd med en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri (14).

---

## FORÆLDRES SYGELIGGØRELSE AF BARNET

Hvis det primære problem er sygeliggørelse af barnet, skal der være en særlig opmærksomhed på forældrenes sygdomsopfattelse og eventuelle helbredsangst. Anerkendelse af deres bekymring for barnets symptomer og eventuel frygt for fysisk sygdom er her vigtig for behandlingsalliancen. Differentialdiagnostik i forhold til Münchhausen by Proxy, hvor forældrene med vilje påfører barnet skader og sygdom, kan være svær. I disse tilfælde er det særlig vigtigt, at lægen er opmærksom på at beskytte barnet mod unødvendige og potentielt farlige undersøgelsesforløb.

---

## SKÆRPET UNDERRETNINGSPLIGT

Som i alle andre situationer hvor børn kommer til lægen og ikke mindst, når funktionelle lidelser er problemet, skal lægen sikre sig, at barnets sundhed og udvikling ikke er truet, eller om der skal foretages underretning til kommunens børne-ungeudvalg.

## FUNKTIONELLE LIDELSER HOS ÆLDRE PATIENTER

- )} Med alderen ses en stigende forekomst af somatisk sygdom.
- )} Andre vigtige differentialdiagnoser – de 5 D'er:
  - Demens
  - Delir
  - Depression
  - Droger/medicinbivirkninger
  - Druk.
- )} Symptomer kan ofte afhjælpes ved relevant smertebehandling.
- )} Psykoedukation af pårørende og plejepersonale er vigtig.

De fleste undersøgelser af funktionelle lidelser er foretaget på voksne under 65 år. Der er således meget lidt evidens på området.

I litteraturen sættes den nedre grænse for ældre ved 65 år, men den biologiske aldring bliver først markant ved 80-års-alderen. Med alderen forekommer et stigende antal somatiske og psykiske sygdomme. Oftest optræder begge komponenter samtidigt, men i vekslende grad. Vurderingen af funktionelle tilstande hos ældre er derved kompliceret.

De funktionelle lidelser debuterer som regel allerede i 30-40-års-alderen. Med stigende alder kan symptomerne afbleges, men forekomsten af funktionelle lidelser er formentlig uændret.

Hos ældre er symptomatologien ofte atypisk. For eksempel kan en ældre have pneumoni uden feber og depression uden iøjnefaldende tristhed, men i stedet med et symptom billede i form af svimmelhed, træthed, modløshed, kvalme, appetitløshed, opkastninger eller afføringsproblemer. Begyndende eller bestående demens kan vanskeliggøre vurdering, udredning og behandling.

Ofte overses eller fejldiagnosticeres psykiske lidelser hos ældre, specielt depression. Psykosociale problemer som fx tab af ægtefælle kan provokere depression eller legemlige og psykiske symptomer. Bivirkninger af medicin og symptomer ved en række psykiske sygdomme kan fejltolkes som funktionelle symptomer.

### HVORDAN UDREDES OG BEHANDLES DEN ÆLDRE PATIENT?

Den praktiserende læge har – med sit kendskab til patienten, de pårørende og sygehistorien – de bedste forudsætninger for at stille en diagnose og tilrettelægge et behandlingsforløb.

Lettere og forbigående legemlige symptomer som reaktion på belastning ses også hyppigt hos ældre. Det kan være hovedpine, træthed, inaktivitet eller appetitløshed. Disse symptomer fordrer sjældent egentlig udredning eller behandling.

Legemlige symptomer hos ældre bør dog altid give anledning til en almindelig somatisk undersøgelse, herunder blodtryk siddende og stående (ortostatisk hypotension ses hos 30-40 % af ældre) samt evt. laboratorieprøver inklusive ekg. Overvej også test for demens og test for depression (se i øvrigt kapitler om diagnose og udredning).

Optimeret behandling af smerter med kendt ætiologi kan afhjælpe symptomer. Behandlingen bør være en kombination af psykisk støtte, samtaleterapi, evt. fysioterapi og medikamentel behandling i form af paracetamol, evt. suppleret med antidepressiva eller antiepileptika. NSAID bør undgås til ældre, da der ofte optræder bivirkninger. Undgå også benzodiazepiner, medikamenter med antikolinerg virkning og morfika.

Kognitiv adfærdsterapi kan også lære ældre at forstå og mestre belastende symptomer bedre i form af mere hensigtsmæssige tanke- og handlemønstre. Ældre kan på linje med yngre indøve problemløsningsmetoder. Det er vigtigt at overveje inddragelse af pårørende og plejepersonale i dele af behandlingen – fx psykoedukation.

Helbredsangst viser sig hos ældre som overdreven bekymring over at fejle noget fysisk. Tanker om alvorlig sygdom og død kan køre i ring og give en permanent tilstand af bekymring. I alvorlige tilfælde kan der være tale om egentlige vrangforestillinger. Behandlingen følger principper beskrevet i det generelle kapitel herom.

**FUNKTIONELLE LIDELSER HOS PATIENTER MED ANDEN ETNISK BAGGRUND END DANSK**

- A Vær opmærksom på, at sygdomsforekomster varierer med race, arv og geografisk afstamning.
- B Selv om symptompræsentationen er ukarakteristisk, er det ikke ensbetydende med fravær af somatisk eller psykisk sygdom og en grundig og relevant klinisk undersøgelse er nødvendig.
- C Anvend professionel tolk ved sprogbarriere.
- C Generelle anbefalinger for samtale og konsultationsproces gælder for alle patienter uafhængigt af etnisk herkomst.
- C Undersøg om patienten har forstået diagnosen og de væsentligste resultater af undersøgelsen.

Etnicitet, nationalitet, sprog, religion og geografisk afstamning udgør baggrunden for de kulturelle faktorer, der påvirker sundhed og sygdom. De har indflydelse på daglig praksis; på den viden mennesker har om deres krop, kropsfunktioner, og sygdomsårsager; på tolkning af kropsfornemmelser og symptomer og forestillinger om forløb; på oplevelsen af, hvad der kræver behandling og på selve behandlingen. Kulturer er ikke statiske, men ændrer sig i en stadig interaktion med omgivelserne. Det er ikke altid, at patienter er klar over, hvilke sygdomsmodeller de selv er påvirkede af, og ofte er der tale om mangeartede til tider modstridende forklaringer. De fleste af os betragter vores egne forståelsesformer som "naturlige". Kulturer påvirker funktionelle sygdomme ad flere veje, bl.a. ved at udsætte/beskytte personer for stressorer og ved i tilfælde af modgang at tilbyde støtte eller omvendt at belaste personer yderligere (129-131).

**HVORDAN INDDRAGER DU PATIENTENS BAGGRUND I DEN TVÆRKULTURELLE BEHANDLINGSITUATION?**

Generelt gælder de samme samtaleregler for konsultationer for alle patienter uafhængigt af etnisk herkomst: Lyt med interesse, svar så godt som muligt, spørg, hvis du er i tvivl og vær ikke bange for at uddybe, hvad der er uforståeligt og gør det i en atmosfære af respekt for patienten (132).

I og med patienten har en anden etnisk baggrund, kan der være særlige forhold, som lægen skal tage højde for. Udover anvendelse af professionel tolk ved sprogbarriere, er det vigtigt at være sig bevidst, at patientens anden etnisk baggrund kan have en betydning for, hvorledes læge og patient finder en fælles referenceramme for konsultationen. Dels kan ovennævnte kulturelle faktorer spille ind i samspil med manglende erfaring/kendskab til det danske social- og sundhedsvæsen; især den praktiserende læges socialmedicinske rolle og rolle som gatekeeper. Dels kan sparsom viden om kroppens anatomi og fysiologi udgøre en barriere for kommunikationen. På det emotionelle plan kan reaktioner udløst af tab, som i sagens natur er knyttet til indvandrerpositionen, og en evt. negativ stigmatisering udgøre andre forstyrrende elementer (vrede, nedsat selvværd, osv.). Da visse grupper af patienter med anden etnisk baggrund end dansk er socialt belastede (lav indkomst, ringe arbejdsmarkedstilknytning, kort/ingen uddannelse), kan kommunikationen også være påvirket af faktorer udløst af disse forhold, fx økonomiske bekymringer (133).



Følgende er med udgangspunkt i amerikanske anbefalinger (DSM-IV s "Cultural Formulation") forslag til, hvorledes du med fordel kan spørge til og sikre en fælles forståelse i som led i behandlingen af din patient med anden etnisk baggrund end dansk (134-136).

<b>Patientens egne udtryk for og forklaringer på sygdom</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad er det for helbredsproblemer, du har?</li> <li>• Hvornår og hvordan begyndte dine helbredsproblemer?</li> <li>• Hvor alvorlige synes du, dine helbredsproblemer er?</li> <li>• Hvilke ord plejer du at bruge om dine helbredsproblemer, når du taler med din familie eller venner?</li> <li>• Hvad tror du, der kan være årsag til dine helbredsproblemer?</li> <li>• Hvordan forklarer du det?</li> <li>• Hvilke andre forklaringer kunne der være?</li> <li>• Hvordan ville du forklare dine helbredsproblemer i dit oprindelsesland?</li> </ul>
<b>Legemlige symptomer</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har du mærket ændringer i din krop i relation til dine helbredsproblemer?</li> <li>• Fx: Har du smerter? I så fald hvor?</li> <li>• Hvad mener du, disse smerter kan skyldes?</li> <li>• Hvordan ser du på sammenhængen mellem dine smerter og dine helbredsproblemer i øvrigt?</li> <li>• Hvornår er dine smerter værst?</li> <li>• Hvornår er de mindst til stede?</li> <li>• Hvad gør du for at mindske dine smerter?</li> </ul>
<b>Forventninger til behandling</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad vil du gerne have hjælp til?</li> <li>• Hvilke forventninger har du til behandlingen?</li> <li>• Hvilke forventninger ville du have til behandling i dit oprindelsesland?</li> <li>• Kender du nogen, som har haft lignende helbredsproblemer som dig?</li> <li>• Hvilken hjælp mener du, de har fået?</li> <li>• Man kan på forskellig vis søge hjælp for sine helbredsproblemer. Har du søgt hjælp andre steder end i det danske sundhedsvæsen?</li> <li>• Hvad har hjulpet dig bedst?</li> <li>• Hvilken slags behandling vil du foretrække at få nu?</li> </ul>

## HVAD SKAL MAN VÆRE SÆRLIGT OPMÆRKSOM PÅ VED UDREDNING OG BEHANDLING?

### SYMPTOMTOLKNING

At symptompræsentationen forekommer ukarakteristisk for *os* betyder *ikke*, at præsentationen ikke er udtryk for somatisk og eller psykisk sygdom. Det er erfaringen, at en relevant klinisk undersøgelse udover den beskrevne kommunikative tilgang er et værdifuldt redskab. En undersøgelse, der tager afsæt i de beskrevne helbredsproblemer og gennemføres systematisk fx ved at palpere de områder af kroppen, som

patienten angiver symptomer fra. Til nærmere afklaring af fx helbredsproblemet at have smerter i hovedet kan lægen med fordel palpere kraniet for på denne måde at blive enige med patienten om, hvor det gør ondt. Samtidig indsamles væsentlige diagnostiske oplysninger: Kan smerterne fx reproduceres ved palpation ledes tanken på muskelfæste, som udløsende faktor. Kan smerterne ikke reproduceres ved palpation, skal anden smerteudløsende årsag overvejes. Angivne helbredsproblemer som fx at arme og ben opleves svage bør afklares ved at vurdere muskelkraft og tonus. Symptomer som brænden og stikken bør udløse en relevant neurologisk undersøgelse af de angivne kropsområder. Det er erfaringen, at en sådan systematisk lægefaglig tilgang skaber tryghed for patienten: Vi undersøger rent faktisk det sted, hvor helbredsproblemet opleves i kroppen. For lægen giver tilgangen en mulighed for at sikre sig, at symptombeskrivelsen er forstået korrekt, og at væsentlige diagnoser ikke overses. Ofte får lægen også et relevant afsæt for at tale behandling. Afdækker vor kliniske undersøgelse fx at et helbredsproblem, her smerte, reproduceres ved palpation af muskelfæstet i nakken og forstærkes ved, at hovedet drejes til den ene side, kan vi ved hjælp af anatomiske tavler anskueliggøre den muskulære sammenhæng og dermed behandlingsforslag.

---

## DIFFERENTIALDIAGNOSTIK OG KOMORBIDITET

En patient kan have mere end én diagnose og sygdomsforekomsten kan variere blandt vore patienter. Udover alders- og kønsbetinget variation kan sygdomsforekomsten variere pga. race (fx visse enzymdefekter som GPD6 phosphatasemangel og laktasemangel). Den kan variere pga. geografisk afstamning, idet prævalensen af forskellige infektionssygdomme varierer hermed (fx TB, Hepatitis B og diverse parasitære sygdomme). Også arvelige forhold kan have en anden betydning i og med, at visse indvandringsgrupper har tradition for ægteskaber blandt nært beslægtede (type 2 DM, udviklingsforstyrrelser, familiær middelhavsfeber og hæmoglobinopater), ligesom hudfarve og tradition kan have betydning for tilstedeværelse af evt. D-vitaminmangel (137).

---

## FORMIDLING

Nogle patienter fra traditionelle kulturer kan have en skepsis vedrørende psykologiske forklaringer på sygdom. De kan godt være klar over, at de er udsat for psykiske og sociale belastninger, og at disse påvirker dem både psykisk og fysisk, men de kan være utilbøjelige til at tale med lægen om dem. Psykologiske forklaringer er ofte stigmatiserende og behæftet med skam. Mange patienter af anden etnisk baggrund har ringe kendskab til eller tiltro til psykoterapi. En psykologisk indfaldsvinkel giver derfor ikke tilstrækkelig lettelse eller håb og risikerer at påføre patienten skyld for lidelsen eller at fokusere på patientens svaghed eller umodenhed.

Nogle kulturer er ikke vant til åbenhed omkring medicinske diagnoser. Uvidenhed og angst for sygdom kan føre til, at patient og pårørende underdriver henholdsvis overdriver alvoren af lægens budskab. Det er vigtigt at sikre sig, at patienten har et realistisk billede af tilstandens alvorsgrad. Det er altid vigtigt at sikre sig, at såvel patienten som evt. pårørende har forstået lægens budskaber.

## SAMARBEJDSPARTNERE

### SUNDHEDSVÆSENETS ORGANISATION OG ALMEN PRAKSIS' ROLLE

- Den praktiserende læge har en vigtig rolle som tovholder, gatekeeper og tillidsperson.
- Patienterne befinder sig i grænselandet mellem somatik og psykiatri.
- Udredning og behandling af funktionelle lidelser er fragmenteret og fordelt på mange specialer.
- Der er få specialiserede behandlingstilbud til de svært syge.
- Det sociale og arbejdsmarkedsrelaterede system er dårligt rustet til at tage sig af disse patienter, og overgangen mellem sundheds- og socialvæsen volder ofte problemer.

Hos hovedparten af patienter, der henvender sig med funktionelle symptomer, er problemet helt ukompliceret og håndteres let af egen læge (1). Men i nogle af de svære eller kroniske funktionelle lidelser kan patienten samtidigt have kontakt med forskellige læger fra forskellige specialer foruden kontakt til kommunen mv. Problemstillingen kan således være kompleks både ud fra en faglig og en administrativ synsvinkel, hvor det er svært for alle at overskue udredningen, behandlingen, forløbet og de sociale aspekter.

Noget af problemet skyldes, at funktionelle lidelser i vores specialiserede sundhedsvæsen organisatorisk befinder sig i grænselandet mellem somatik og psykiatri, og at der i dag kun findes et yderst begrænset specialiseret tilbud til patientgruppen (138). Endvidere har patienter med multiple symptomer af usikker genese stor risiko for sekventielt at bliver udredt ved forskellige medicinske specialer for ét symptom ad gangen. Kommunens rehabiliteringsindsatser må desuden afvente, at sygdommen diagnosticeres for at få en afklaring af, om funktionsevnen kan bedres ad behandlingens vej.

Organiseringen af sundheds- og socialektoren kan således i sig selv være direkte medvirkende til, at nogle patienter med funktionelle lidelser fastholdes i et sygdomsforløb og ikke får en sufficient behandling og rehabilitering (det socialt-lægelige samarbejde uddybes i næste kapitel) (31;139).

### HVORFOR ER HÅNDTERINGEN AF FUNKTIONELLE LIDELSER EN LÆGELIG OPGAVE?

Der er aktuelt ikke andre faggrupper, der selvstændigt kan behandle patienter med funktionelle lidelser. Disse patienter har ligesom andre patienter behov for udredning og behandling, og det er lægelige kerneopgaver. Det er vigtigt, at lægen har viden om funktionelle lidelser med hensyn til udredning, differentialdiagnostik, diagnostik, behandling og rehabilitering. En tidlig indsats kan ofte forebygge yderligere udvikling af en funktionel lidelse. Hertil kommer, at lægen kan forebygge sygeliggørelse i de mange tilfælde, hvor personer søger læge pga. funktionelle symptomer.

### HVORDAN ER SAMARBEJDET MED PSYKIATERE OG PSYKOLOGER?

Det optimale er en *stepped care*-model, hvor indsatsen er tilpasset sværhedsgraden af tilstanden, og hvor der er et tæt samarbejde (*shared care*) mellem den praktiserende læge og det specialiserede team, psykiateren eller psykologen (55;56). Psykolog eller psykiater med opdateret viden og uddannelse på området er et godt supplement i behandlingen specielt ved helbredsangst. Desværre er der kun få med

disse kompetencer i øjeblikket. Aktuelt kan patienter med angst i alderen 18-28 år kan henvises til psykolog med sygesikringstilskud.

#### HVAD ER UDFORDRINGEN FOR ALMEN PRAKSIS?

Patienter med funktionelle lidelser har krav på samme kvalitet i behandlingen som andre patienter, der henvender sig i almen praksis. De lette tilfælde behandles i almen praksis, og i alle tilfælde bør iatrogene skader undgås, og unødvendig bekymring hos patienten forebygges. Lægen har desuden en vigtig sundhedspædagogisk opgave og bør forsøge at modarbejde stigmatisering af disse patienter såvel i sundheds- som i socialektoren og samfundet i øvrigt.

Situationen er i dag den, at praksis i stort omfang står alene med opgaven uanset sygdommens sværhedsgrad. Den praktiserende læge må indtil videre efter bedste evne forsøge at organisere behandlingen og udnytte de lokale muligheder vel vidende, at han/hun ikke er i stand til fuldt ud at kompensere for manglende specialiserede behandlingsmuligheder. Den praktiserende læge kan afbøde noget af problemet ved at følge de tidligere anførte principper for håndtering af kroniske lidelser ved svære funktionelle lidelser.

#### HVORDAN HÅNDBERES KOMPLEKSITETEN?

Det er vigtigt, at der er en tovholder, som koordinerer indsatsen for patienten. Der er behov for kontinuitet og sammenhæng i udredning, behandling og rehabilitering. Det vil som hovedregel være den praktiserende læge, der må påtage sig denne funktion.

#### HVORDAN STYRKES DEN PRAKTISERENDE LÆGES ROLLE SOM TOVHOLDER, GATE-KEEPER OG TILLIDSPERSON?

Lægen skal være sig sin rolle bevidst og have en god og tillidsfuld relation til patienten. Hvis der er problemer med, at mange andre behandlere involveres, kan man drøfte konsekvenserne heraf med patienten og foreslå faste konsultationer i en periode.

Hvis det er nødvendigt, kan lægen tage initiativ til, at behandlingen koordineres imellem alle involverede behandlere. Det optimale er, at alle involverede parter inklusive patienten samles for at aftale det videre forløb, så der kan lægges en fælles strategi med en klar ansvarsfordeling, som alle forstår nødvendigheden af. Det kan også være relevant at inddrage andre aktører – fx kommunens jobcenter.

#### HVAD GØR VI, NÅR SPECIALISTER PÅ DET SPECIELLE GØR SIG TIL SPECIALISTER PÅ DET ALMENE?

Det er vigtigt, at den praktiserende læge er specifik i sine ønsker til speciallæge eller hospitalsindlæggelse, og at lægen i sin henvisning informerer speciallægen om problemstillingen, fx at patienten har eller formodes at have en funktionel lidelse. Hvis patienten har udvist et mønster med mange symptomer og mange udredninger, bør dette også anføres. Den praktiserende læge bør således markere grænsen mellem sit eget og speciallægens kompetenceområde.

Der er et særligt problem med behandlingstilbud, hvor patienterne kan henvende sig uden om den praktiserende læge, og gatekeeper-funktionen bliver sat ud af kraft. Lægen må da forsøge at tale med patienten om, hvordan dette kan påvirke forløbet og det u hensigtsmæssige i ikke at bruge egen læge.

## HVILKEN ROLLE SPILLER ALTERNATIV BEHANDLING?

Undersøgelser har vist, at patienter med funktionelle lidelser ikke anvender mere alternativ behandling end patienter med andre sygdomme (140). Risiciene ved alternativ behandling er: at patienten ikke modtager en effektiv behandling, at visse behandlinger kan være direkte skadelige og at patienten påføres økonomiske omkostninger. Endvidere kan den alternative behandlers sygdomsforståelse og afhængigheden af at gå i fast behandling fastholde patienten i en uhensigtsmæssig sygdomsadfærd.

## DET SOCIALT-LÆGELIGE SAMARBEJDE

**B** Undgå langvarig sygemelding.

- ⌋ Vær proaktiv og foreslå evt. socialmedicinsk sagsbehandling.
- ⌋ Videregiv konkrete og relevante helbredsoplysninger med patientens samtykke.
- ⌋ Deltag i og tag evt. initiativ til rundbordssamtaler.
- ⌋ Lægen må ikke anbefale konkrete sociale ydelser.

## HVAD ER KOMMUNENS OPGAVE?

Patienter, hvis funktionsevne er alvorligt påvirket, kan have behov for en indsats fra kommunen – en indsats, der kan inddrage både jobcentret, familieafdelingen og voksen-handicapafdelingen. Den praktiserende læge spiller med sit kendskab til patienten en vigtig rolle i formidling og beskrivelse af patientens samlede situation til kommunens sagsbehandler.

Eftersom sygedagpenge og kontanthjælp er midlertidige ydelser, drejer det sig om for patienten og sagsbehandleren at finde den korteste og hurtigste vej tilbage til arbejdsmarkedet.

Langvarig lægelig udredning og sagsbehandlers manglende kendskab til funktionelle lidelser kan være medvirkende til, at en målrettet, arbejdsmarkedsrettet og social indsats ikke bliver iværksat i tide.

Patienter med funktionel lidelse og meget begrænset funktionsevne kan være sygemeldt så længe, at de mister retten til sygedagpenge, og risikoen for varig udstødelse fra arbejdsmarkedet er stor. Kontanthjælp som et alternativ er sjældent en mulighed, hvis patienten er gift eller har formue.

Når en patient med funktionel lidelse modtager sygedagpenge eller kontanthjælp, er forløbet ofte karakteriseret af stor usikkerhed om varighed af sygemeldingen og arbejdsevnen. Patienten skal følges tæt af sagsbehandleren, som med anvendelse af arbejdsevnetoden foretager en afklaring af, om patienten kan vende tilbage til et ordinært arbejde. Hvis ikke dette er muligt, skal der tages stilling til revalidering til andet arbejde evt. som fleksjob eller berettigelse til en førtidspension. Som regel er fleksjob og førtidspension først relevant, når det kan dokumenteres, at der ikke er yderligere behandlings- og revalideringsmuligheder.

Sagsbehandleren er forpligtet til at udarbejde en plan i samarbejde med patienten. Formålet er at afklare, hvordan den syge på den mindst indgribende måde og på kortest mulig tid kan vende tilbage til eller stå til rådighed for et arbejde. Planen skal tage hensyn til patientens samlede ressourcer herunder helbred, interesser og kompetencer. Er sagsbehandleren eller den syge i tvivl om de helbreds-mæssige forhold er

forenelige med planen, skal den praktiserende læge eller en speciallæge spørges. Patienter kan ikke pålægges en behandling, som læger er enige om kan forværre patientens helbredstilstand.

Den syge er på sin side forpligtet til at medvirke til at blive rask. Ønsker den syge ikke at indgå i den udredning, behandling eller genoptræning, som lægen har vurderet kan hjælpe den syge tilbage til arbejdsmarkedet, kan kommunen således stoppe udbetalingen af sygedagpenge. Den syge skal partshøres inden det kan ske, og kan altid anke en endelig afgørelse om stop af sygedagpenge. Hvis den syge inden for en kort periode vælger alligevel at indgå i behandling eller genoptræning, kan retten til sygedagpenge generhverves.

#### HVAD HAR SAGSBEHANDLEREN BRUG FOR FRA LÆGEN?

For at få et kvalificeret grundlag til at belyse patientens helbredsmæssige forhold, kan sagsbehandleren, anmode patientens praktiserende læge om at udfærdige en lægeattest. Sagsbehandleren kan have brug for flere gange i et forløb at bede om nye oplysninger og skal altid begrunde til hvilket formål. Lægen har ansvar for kun at videregive relevante oplysninger.

#### Sagsbehandleren vil efterspørge følgende konkrete oplysninger:

- Diagnoser
- Er behandlingsmulighederne udtømte, alternativt hvornår kan dette afgøres?
- Er der tale om en varig lidelse med en varig funktionsevnebegrænsning?
- Er der tale om varige skånehensyn over for specifikke belastninger, fysiske som psykiske – og hvorfor?
- Kan patienten deltage i arbejdsmarkedsrettede foranstaltninger eller er skånehensynet så stort, at dette ud fra en lægelig vurdering vil være kontraindiceret?

Praktiserende læger kan til hver en tid tale med sine patienter om at fremsende forslag til kommunen om at indlede sagsbehandling af patientens problemstilling (LÆ165). Lægen kan med patientens samtykke bede om at få oplyst, hvad kommunen beslutter at foretage sig.

Det er optimalt, hvis lægen på baggrund af viden om sygdom, behandling og medicinsk prognose kan vejlede sagsbehandleren om forhold, herunder rent lægelige, der kan fremme eller hæmme patientens funktionsevne. Lægen må dog ikke – primært for ikke at skabe falske forventninger hos patienten – udtale sig om, hvilken ydelse patienten skal have. Det er sagsbehandlerens suveræne afgørelse, der altid er afstemt efter gældende lov og praksis.

Hvis den praktiserende læge vurderer, at der er lægelige behandlingsmuligheder, er det relevant at beskrive, om der er tale om behandling, der med stor sandsynlighed kan forbedre funktionsevnen, eller der alene er tale om behandling, der kan forbedre patientens livskvalitet. Er der tale om varig nedsat funktionsevne relateret til funktionel lidelse, beskrives de områder, der er tale om, fx fysisk, psykisk, kognitivt, og hvilken betydning det har for patientens funktionsevne i arbejdslivet og i dagligdagen.

#### HVILKE ARBEJDSMÆSSIGE TILPASNINGER ER MULIGE?

Beskrivelse af skånehensyn konkretiseres så specifikt, det er muligt. Det kan være hensyn, der bør tages i forhold til de konkrete begrænsninger i funktionsevnen, der er beskrevet. Vurderes det, at patienten uden problemer for sit helbred kan deltage i afklarende aktiviteter enten i en virksomhedspraktik eller et kursus, kan den praktiserende læge kort anbefale forhold, der kan understøtte afklaringen af den reelle

funktionsevne. Det kan være fx anbefaling af reduceret timetal ved opstart, stigning af timetal over tid eller de beskrevne skånehensyn. Da funktionelle lidelser erfaringsmæssigt kan give anledning til problematiske patientforløb, kan det være en mulighed, at lægen med patientens samtykke anbefaler en et tværfagligt møde i form af en rundbordssamtale i kommunen eller i praksis. Patienten vil oftest opleve dette positivt, og de øvrige parter vil opleve det som fremmende for processen.

## KVALITETSSIKRING

### KVALITETSSIKRING OG INDIKATORER

Der er ikke udviklet kvalitetsindikatorer for opsporing, udredning eller behandling af funktionelle lidelser. I den kliniske dagligdag kan spørgsmål vedr. symptomer og helbredsangst i CMDQ-spørgeskemaet (se appendiks) anvendes til monitorering. Man kan desuden anvende forbrug af sundhedsvæsenets ydelser som en markør for patienter med svære funktionelle lidelser, idet nogle af disse har et højt forbrug af ydelser.

For at sikre kvaliteten af den fremtidige behandling af patienter med funktionelle lidelser er det afgørende, at der etableres et velfungerende samarbejde imellem almen praksis, psykiatrien og de sociale myndigheder. Dette gælder såvel overordnet, hvor man bør følge et *stepped care*-princip med indbygget supervision, som i de konkrete patienttilfælde, hvor patienten har krav på sammenhængende forløb.

### IMPLEMENTERING AF VEJLEDNINGEN I KLINISK PRAKSIS

Et første skridt til at skabe bedre forhold for patienter med funktionelle lidelser er at integrere denne vejledning i praksis og formidle den til relevante samarbejdspartnere. Vejledningen vil for nogle rumme mange nye informationer og tiltag, så det er vigtigt at arbejde med den i realistiske delelementer. Heri kan indgå forskellige uddannelses tilbud:

- Uddannelsesmaterialer til praksis og decentrale efteruddannelsesgrupper ligger på DSAM's hjemmeside, herunder et e-læringsprogram udarbejdet i samarbejde med Lægeforeningen
- Der foreligger et velbeskrevet kursuskoncept, hvor man går i dybden med udredning og behandling af funktionelle lidelser ved brug af TERM-modellen og med læringsmetoder i form af formidling, refleksion, øvelser og videosupervision (1).
- Der findes ekspertise på området bl.a. ved Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital. Man vil her kunne få yderligere informationer samt kontakt til evt. undervisere i hele landet ([www.funktionellelidelser.dk](http://www.funktionellelidelser.dk)).

Udover tilbud målrettet funktionelle lidelser, findes en række kurser om kognitiv adfærdsterapi m.v., som kan være relevante også i forhold til funktionelle lidelser.

### HER KAN DU FINDE FLERE OPLYSNINGER

#### INFORMATION TIL FAGFOLK

Du kan læse mere bl.a. i nedenstående bøger og på de anførte hjemmesider:

- Udredning og behandling af funktionelle lidelser i almen praksis og somatiske specialenheder. P. Fink, M. Rosendal, A. Schröder, T. Toft. Munksgaard 2011 (udgives dec 2011)
- Psykiatri i Almen Praksis. Kaj Sparle Christensen og Frede Olesen. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2009
- Kognitiv adfærdsterapi i almen praksis. Marianne Rosendal og Jens Hilden. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2008



- Klinisk neuropsykiatri - Fra molekyle til sygdom. Jørgensen, Rosenberg, Videbech. FADL's forlag 2009.
- Bog for klinikpersonale. Munksgaard 2011. PÅ VEJ!
- [www.funktionellelidelser.dk](http://www.funktionellelidelser.dk)
- [www.lægehåndbogen.dk](http://www.lægehåndbogen.dk) (her finder du både oplysninger om funktionelle lidelser og socialmedicinske forhold)
- [www.DSAM.dk](http://www.DSAM.dk) (her finder du foruden vejledningen også skemaer til brug for udredning og behandling samt materialer til efteruddannelse).

## INFORMATION TIL PATIENTER

Foruden information til sundhedsprofessionelle, findes også patientinformation på [www.funktionellelidelser.dk](http://www.funktionellelidelser.dk)

Pjecer:

- Forstå dine symptomer – om sammenhæng mellem fysiske symptomer og psykiske belastninger. Komiteen for Sundhedsoplysning 2006.
- Når kroppen siger fra. Komiteen for Sundhedsoplysning 2011 (findes også i Patienthåndbogen) (udgives november 2011)
- Kort beskrivelse af helbredsangst på [www.funktionellelidelser.dk](http://www.funktionellelidelser.dk) (findes også i Patienthåndbogen) (udgives november 2011)

Danske bøger:

- Funktionelle lidelser – fysiske symptomer og sygdomme uden kendt kropslig årsag. Per Fink. PsykiatriFonden 2011
- Mindfulness (bog med CD). Lone Overby Fjorback, Psykiatrifonden 2011

Endelig findes der megen litteratur og information fra en række patientforeninger i relation til specifikke funktionelle syndromer.

## LITTERATUR

- (1) Fink P, Rosendal M, Toft T. Udredning og behandling af funktionelle lidelser i almen praksis. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning; 2003.
- (2) Browning M, Fletcher P, Sharpe M. Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review. *Psychosom Med* 2011 Feb;73(2):173-84.
- (3) Wood PB. Neuroimaging in functional somatic syndromes. *Int Rev Neurobiol* 2005;67:119-63.
- (4) Aiarzaguena JM, Grandes G, Salazar A, Gaminde I, Sanchez A. The diagnostic challenges presented by patients with medically unexplained symptoms in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2008;26(2):99-105.
- (5) Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Aust N Z J Psychiatry* 2005 Sep;39(9):772-81.
- (6) Fink P, Schroder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2010 May;68(5):415-26.
- (7) Fink P, Ornbol E, Christensen KS. The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PLoS One* 2010;5(3):e9873.
- (8) Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989 Mar;86(3):262-6.
- (9) Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H, David A, Marsden CD, Ron MA. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *BMJ* 1998 Feb 21;316(7131):582-6.
- (10) Wilson A, Hickie I, Lloyd A, Hadzi-Pavlovic D, Boughton C, Dwyer J, et al. Longitudinal study of outcome of chronic fatigue syndrome. *BMJ* 1994 Mar 19;308(6931):756-9.
- (11) Stone J, Carson A, Duncan R, Coleman R, Roberts R, Warlow C, et al. Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? *Brain* 2009 Oct;132(Pt 10):2878-88.
- (12) Jones R, Charlton J, Latinovic R, Gulliford MC. Alarm symptoms and identification of non-cancer diagnoses in primary care: cohort study. *BMJ* 2009;339:b3094.
- (13) Christensen KS, Toft T, Frostholm L, Ornbol E, Fink P, Olesen F. Screening for common mental disorders: who will benefit? Results from a randomised clinical trial. *Fam Pract* 2005 Aug;22(4):428-34.
- (14) Nielsen TN, Hansen RP, Vedsted P. [Symptom presentation in cancer patients in general practice]. *Ugeskr Laeger* 2010 Oct 11;172(41):2827-31.
- (15) Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen KS, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychol Med* 2005;35(8):1175-84.
- (16) Svendsen RP, Stovring H, Hansen BL, Kragstrup J, Sondergaard J, Jarbol DE. Prevalence of cancer alarm symptoms: a population-based cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care* 2010 Sep;28(3):132-7.
- (17) Jones R, Latinovic R, Charlton J, Gulliford MC. Alarm symptoms in early diagnosis of cancer in primary care: cohort study using General Practice Research Database. *BMJ* 2007 May 19;334(7602):1040.
- (18) Parnas J, Kragh-Sørensen P, Mors O. *Klinisk psykiatri*. 3. udgave ed. Kbh: Munksgaard Danmark; 2009.

- (19) Dansk Selskab for Almen Medicin. Angsttilstande - diagnostik og behandling. 1. udgave ed. Dansk Selskab for Almen Medicin; 2010.
- (20) Christensen KS, Fink P, Toft T, et al. A brief case-finding questionnaire for common mental disorders: the CMDQ. *Fam Pract* 2005 Aug;22(4):448-57.
- (21) Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AL, et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
- (22) Fink P. Kronisk somatisering Institut for psykiatrisk grundforskning, Aarhus Universitet; 1997.
- (23) Fink P. Belastningsrelaterede, dissociative og somatoforme samt relaterede tilstande. In: Mors O, Kragh-Sørensen P, Parnas J, editors. *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard; 2009. p. 481-518.
- (24) Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morriss R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health* 1996;11:431-45.
- (25) Price J, Leaver L. ABC of psychological medicine: Beginning treatment. *BMJ* 2002 Jul 6;325(7354):33-5.
- (26) Risor MB. Illness explanations among patients with medically unexplained symptoms: different idioms for different contexts. *Health (London)* 2009 Sep;13(5):505-21.
- (27) Salmon P, Ring A, Humphris GM, Davies JC, Dowrick CF. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: how do patients indicate what they want? *J Gen Intern Med* 2009 Apr;24(4):450-6.
- (28) Salmon P, Humphris GM, Ring A, Davies JC, Dowrick CF. Why do primary care physicians propose medical care to patients with medically unexplained symptoms? A new method of sequence analysis to test theories of patient pressure. *Psychosom Med* 2006 Jul;68(4):570-7.
- (29) Muris JW, Starmans R, Fijten GH, Knottnerus JA. One-year prognosis of abdominal complaints in general practice: a prospective study of patients in whom no organic cause is found. *Br J Gen Pract* 1996 Dec;46(413):715-9.
- (30) Channer KS, James MA, Papouchado M, Rees JR. Failure of a negative exercise test to reassure patients with chest pain. *Q J Med* 1987 Apr;63(240):315-22.
- (31) Sørensen K, Nielsen CV HJ, Christensen KS ØE, Fink P. Om sygefravær. Med fokus på sygemeldte i 8. uge. Forskningsenheden for funktionelle lidelser og psykosomatik. Århus Sygehus. Center for Folkesundhed; 2007.
- (32) Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ* 1996 May 11;312(7040):1191-4.
- (33) Laakso V, Niemi PM, Gronroos M, Karlsson H. Relieved after GP's consultation? Change in the complaint-related worry of young adult patients. *Psychol Health Med* 2008 May;13(3):291-302.
- (34) Hamilton WT, Hall GH, Round AP. Frequency of attendance in general practice and symptoms before development of chronic fatigue syndrome: a case-control study. *Br J Gen Pract* 2001 Jul;51(468):553-8.
- (35) Halder SL, McBeth J, Silman AJ, Thompson DG, Macfarlane GJ. Psychosocial risk factors for the onset of abdominal pain. Results from a large prospective population-based study. *Int J Epidemiol* 2002 Dec;31(6):1219-25.
- (36) Fink P. Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *J Psychosom Res* 1992 Jul;36(5):439-47.

- 
- (37) Rief W, Hofmann SG, Nestoriuc Y. The Power of Expectation - Understanding the Placebo and Nocebo Phenomenon. *Social and Personality Psychology Compass* 2008;2/4:1624-37.
  - (38) Rief W, Heitmuller AM, Reisberg K, Rueddel H. Why reassurance fails in patients with unexplained symptoms--an experimental investigation of remembered probabilities. *PLoS Med* 2006 Aug;3(8):e269.
  - (39) Holm LW, Carroll LJ, Cassidy JD, Skillgate E, Ahlbom A. Expectations for recovery important in the prognosis of whiplash injuries. *PLoS Med* 2008 May 13;5(5):e105.
  - (40) Glenton C. Chronic back pain sufferers--striving for the sick role. *Soc Sci Med* 2003 Dec;57(11):2243-52.
  - (41) Crimlisk HL, Bhatia KP, Cope H, David AS, Marsden D, Ron MA. Patterns of referral in patients with medically unexplained motor symptoms. *J Psychosom Res* 2000 Sep;49(3):217-9.
  - (42) van Bokhoven MA, Koch H, van der Weijden T, Grol RPTM, Kester AD, Rinkens PELM, et al. Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. *Annals of Family Medicine* 2009;7(2):112-20.
  - (43) Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract* 2004 Mar;54(500):165-70.
  - (44) Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med* 2005 Oct;61(7):1505-15.
  - (45) McDonald IG, Daly J, Jelinek VM, Panetta F, Gutman JM. Opening Pandora's box: the unpredictability of reassurance by a normal test result. *BMJ* 1996 Aug 10;313(7053):329-32.
  - (46) Lucock MP, Morley S, White C, Peake MD. Responses of consecutive patients to reassurance after gastroscopy: results of self administered questionnaire survey. *BMJ* 1997 Sep 6;315(7108):572-5.
  - (47) Oliveira A, Gevirtz R, Hubbard D. A psycho-educational video used in the emergency department provides effective treatment for whiplash injuries. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006 Jul 1;31(15):1652-7.
  - (48) Brison RJ, Hartling L, Dostaler S, Leger A, Rowe BH, Stiell I, et al. A randomized controlled trial of an educational intervention to prevent the chronic pain of whiplash associated disorders following rear-end motor vehicle collisions. *Spine (Phila Pa 1976)* 2005 Aug 15;30(16):1799-807.
  - (49) Petrie KJ, Muller JT, Schirmbeck F, Donkin L, Broadbent E, Ellis CJ, et al. Effect of providing information about normal test results on patients' reassurance: randomised controlled trial. *BMJ* 2007 Feb 17;334(7589):352.
  - (50) Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med* 2009 Feb;41(3):115-21.
  - (51) Kool MB, van MH, Boeije HR, Geenen R. Understanding the lack of understanding: invalidation from the perspective of the patient with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2009 Dec 15;61(12):1650-6.
  - (52) Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW, Bongers PM. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. *Occup Environ Med* 2005 Dec;62(12):851-60.
  - (53) Cho HJ, Menezes PR, Hotopf M, Bhugra D, Wessely S. Comparative epidemiology of chronic fatigue syndrome in Brazilian and British primary care: prevalence and recognition. *Br J Psychiatry* 2009 Feb;194(2):117-22.
  - (54) Petrie KJ, Sivertsen B, Hysing M, Broadbent E, Moss-Morris R, Eriksen HR, et al. Thoroughly modern worries: the relationship of worries about modernity to reported symptoms, health and medical care utilization. *J Psychosom Res* 2001 Jul;51(1):395-401.

- 
- (55) van der Feltz-Cornelis CM, van OP, Ader HJ, van DR. Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychother Psychosom* 2006;75(5):282-9.
  - (56) Schroder A, Fink P, Fjorback L, Frosthalm L, Rosendal M. Behandlingsstrategi for funktionelle syndromer og somatisering. *Ugeskr Laeger* 2010 Jun 14;172(24):1839-42.
  - (57) Hansen HS. Medical Unexplained Symptoms in Primary Care - A mixed method study of diagnosis Faculty of Health Science, University of Aarhus; 2009.
  - (58) Salmon P. The potentially somatizing effect of clinical consultation. *CNS Spectr* 2006 Mar;11(3):190-200.
  - (59) Howard LM, Wessely S. Reappraising reassurance--the role of investigations. *J Psychosom Res* 1996 Oct;41(4):307-11.
  - (60) Salmon P, Humphris GM, Ring A, Davies JC, Dowrick CF. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. *Psychosom Med* 2007 Jul;69(6):571-7.
  - (61) Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999 Feb 6;318(7180):372-6.
  - (62) Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med* 2007 Dec;69(9):881-8.
  - (63) O'Malley PG, Jackson JL, Santoro J, Tomkins G, Balden E, Kroenke K. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *J Fam Pract* 1999 Dec;48(12):980-90.
  - (64) Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000 Jul;69(4):205-15.
  - (65) Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007 Mar 17;369(9565):946-55.
  - (66) Allen LA, Escobar JI, Lehrer PM, Gara MA, Woolfolk RL. Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature. *Psychosom Med* 2002 Nov;64(6):939-50.
  - (67) White PD, Goldsmith KA, Johnson AL, Potts L, Walwyn R, DeCesare JC, et al. Comparison of adaptive pacing therapy, cognitive behaviour therapy, graded exercise therapy, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome (PACE): a randomised trial. *Lancet* 2011 Mar 5;377(9768):823-36.
  - (68) Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JI, Gara MA, Hamer RM. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2006 Jul 24;166(14):1512-8.
  - (69) Escobar JI, Gara MA, Diaz-Martinez AM, Interian A, Warman M, Allen LA, et al. Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Ann Fam Med* 2007 Jul;5(4):328-35.
  - (70) Greeven A, van Balkom AJ, Visser S, Merkelbach JW, van Rood YR, van DR, et al. Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007 Jan;164(1):91-9.
  - (71) Hiller W, Fichter MM, Rief W. A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *J Psychosom Res* 2003 Apr;54(4):369-80.
  - (72) Martin F, Camfield L, Rodham K, Kliempt P, Ruta D. Twelve years' experience with the Patient Generated Index (PGI) of quality of life: a graded structured review. *Qual Life Res* 2007 May;16(4):705-15.

- 
- (73) Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, Sirbu C, Hodges A, Collins C, et al. Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2006 Jul;21(7):671-7.
- (74) Smith BJ, McGorm KJ, Weller D, Burton C, Sharpe M. The identification in primary care of patients who have been repeatedly referred to hospital for medically unexplained symptoms: a pilot study. *J Psychosom Res* 2009 Sep;67(3):207-11.
- (75) Arnold IA, de Waal MW, Eekhof JA, Assendelft WJ, Spinhoven P, van Hemert AM. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a controlled study on the effectiveness of cognitive-behavioral treatment by the family physician. *Psychosomatics* 2009 Sep;50(5):515-24.
- (76) Sumathipala A, Siribaddana S, Abeysingha MR, De SP, Dewey M, Prince M, et al. Cognitive-behavioural therapy v. structured care for medically unexplained symptoms: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008 Jul;193(1):51-9.
- (77) Blankenstein AH. Somatising patients in general practice. Reattribution, a promising approach. PhD thesis Vrije Universiteit, Amsterdam; 2001.
- (78) Larisch A, Schweickhardt A, Wirsching M, Fritzsche K. Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2004 Dec;57(6):507-14.
- (79) Aiarzaguena JM, Grandes G, Gaminde I, Salazar A, Sanchez A, Arino J. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med* 2007 Feb;37(2):283-94.
- (80) Rief W, Martin A, Rauh E, Zech T, Bender A. Evaluation of general practitioners' training: how to manage patients with unexplained physical symptoms. *Psychosomatics* 2006 Jul;47(4):304-11.
- (81) Rosendal M, Olesen F, Fink P, Toft T, Sokolowski I, Bro F. A randomized controlled trial of brief training in the assessment and treatment of somatization in primary care: effects on patient outcome. *Gen Hosp Psychiatry* 2007 Jul;29(4):364-73.
- (82) Toft T, Rosendal M, Oernboel E, Olesen F, Christensen KS, Frostholt L, et al. Training General Practitioners in the Treatment of Functional Somatic Symptoms. Effects on patient health in a cluster-randomised controlled trial (The Functional Illness in Primary Care Study). *Psychother Psychosom* 2010;79:227-37.
- (83) Epløv LF, Lundsteen M, Birket-Smith M. Shared care for ikke-psykotiske sygdomme. Anbefalinger på baggrund af en systematisk litteraturundersøgelse. Danske Regioner; 2009 Sep. Report No.: ISBN 978-87-7723-628-0.
- (84) Fjorback L, Arendt M, Oernboel E, Fink P, Walach H. Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy - a systematic review of randomised controlled trials. *Acta Psychiatr Scand* 2011;(in press).
- (85) Schroder A, Fink P. Functional somatic syndromes and somatoform disorders in special psychosomatic units: organizational aspects and evidence-based treatment. *Psychiatr Clin North Am* 2011 Sep;34(3):673-87.
- (86) Jackson JL, O'Malley PG, Tomkins G, Balden E, Santoro J, Kroenke K. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *Am J Med* 2000 Jan;108(1):65-72.
- (87) O'Malley PG, Balden E, Tomkins G, Santoro J, Kroenke K, Jackson JL. Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2000 Sep;15(9):659-66.
- (88) Jackson JL, O'Malley PG, Kroenke K. Antidepressants and cognitive-behavioral therapy for symptom syndromes. *CNS Spectr* 2006 Mar;11(3):212-22.

- (89) Gormsen L, Jensen TS, Bach FW, Rosenberg R. [Pain and depression]. *Ugeskr Laeger* 2006 May 15;168(20):1967-9.
- (90) Hauser W, Schmutzer G, Brahler E, Glaesmer H. A cluster within the continuum of biopsychosocial distress can be labeled "fibromyalgia syndrome"--evidence from a representative German population survey. *J Rheumatol* 2009 Dec;36(12):2806-12.
- (91) Raine R, Carter S, Sensky T, Black N. General practitioners' perceptions of chronic fatigue syndrome and beliefs about its management, compared with irritable bowel syndrome: qualitative study. *BMJ* 2004 Jun 5;328(7452):1354-7.
- (92) Hayden JA, Chou R, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results: guidance for future prognosis reviews. *J Clin Epidemiol* 2009 Aug;62(8):781-96.
- (93) Russell G, Nicol P. 'I've broken my neck or something!' The general practice experience of whiplash. *Fam Pract* 2009;26(2):115-20.
- (94) Owen J, Hilsenroth MJ. Interaction between alliance and technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 2011 Jun;199(6):384-9.
- (95) Rosendal M, Bro F, Sokolowski I, Fink P, Toft T, Olesen F. A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatisation: Effects on GPs' attitudes. *Fam Pract* 2005;22(4):419-27.
- (96) Hibbard JH. Social ties and health status: an examination of moderating factors. *Health Educ Q* 1985;12(1):23-34.
- (97) Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 2010 Jul;7(7):e1000316.
- (98) Holstein BE, Iversen L, Søndergård Kristensen T. *Medicinsk sociologi*. 4. udgave ed. Kbh.: Foreningen af danske lægestuderendes forlag; 1997.
- (99) Snelling J. The effect of chronic pain on the family unit. *J Adv Nurs* 1994 Mar;19(3):543-51.
- (100) Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Eriksson HG, Linden-Bostrom M, Nordstrom E, et al. Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors--a population-based study in Sweden. *BMC Public Health* 2009;9:302.
- (101) Fuller-Thomson E, Nimigon J. Factors associated with depression among individuals with chronic fatigue syndrome: findings from a nationally representative survey. *Fam Pract* 2008 Dec;25(6):414-22.
- (102) Krantz G, Ostergren PO. Common symptoms in middle aged women: their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in a Swedish setting. *J Epidemiol Community Health* 2000 Mar;54(3):192-9.
- (103) Arnold LM, Crofford LJ, Mease PJ, Burgess SM, Palmer SC, Abetz L, et al. Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Educ Couns* 2008 Oct;73(1):114-20.
- (104) Nettleton S. 'I just want permission to be ill': towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Soc Sci Med* 2006 Mar;62(5):1167-78.
- (105) Raymond MC, Brown JB. Experience of fibromyalgia. Qualitative study. *Can Fam Physician* 2000 May;46:1100-6.
- (106) McGrady A, Lynch D, Nagel R, Wahl E. Application of the high risk model of threat perception to medical illness and service utilization in a family practice. *J Nerv Ment Dis* 2003 Apr;191(4):255-9.

- (107) ten Have M, Iedema J, Ormel J, Vollebergh W. Explaining service use for mental health problems in the Dutch general population: The role of resources, emotional disorder and functional impairment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41(4):285-93.
- (108) Joutsenniemi K, Martelin T, Martikainen P, Pirkola S, Koskinen S. Living arrangements and mental health in Finland. *J Epidemiol Community Health* 2006 Jun;60(6):468-75.
- (109) Richardson JC, Ong BN, Sim J. Experiencing chronic widespread pain in a family context: giving and receiving practical and emotional support. *Sociol Health Illn* 2007 Apr;29(3):347-65.
- (110) Harris MF, Harris E, Shortus TD. How do we manage patients who become unemployed? *Med J Aust* 2010 Jan 18;192(2):98-101.
- (111) Jason LA, Ferrari JR, Taylor RR, Slavich SP, Stenzel CL. A national assessment of the service, support, and housing preferences by persons with chronic fatigue syndrome. Toward a comprehensive rehabilitation program. *Eval Health Prof* 1996 Jun;19(2):194-207.
- (112) Drossman DA, Chang L, Schneck S, Blackman C, Norton WF, Norton NJ. A focus group assessment of patient perspectives on irritable bowel syndrome and illness severity. *Dig Dis Sci* 2009 Jul;54(7):1532-41.
- (113) Edwards CR, Thompson AR, Blair A. An 'overwhelming illness': women's experiences of learning to live with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. *J Health Psychol* 2007 Mar;12(2):203-14.
- (114) Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2001 Feb 17;322(7283):400-5.
- (115) Bruggmann D, Tchartchian G, Wallwiener M, Munstedt K, Tinneberg HR, Hackethal A. Intra-abdominal adhesions: definition, origin, significance in surgical practice, and treatment options. *Dtsch Arztebl Int* 2010 Nov;107(44):769-75.
- (116) Kjeldsen H.C. Dyspepsia in general practice Faculty of Health Science, University of Aarhus; 2005.
- (117) Lysgaard AP, Fonager K, Nielsen CV. Effect of financial compensation on vocational rehabilitation. *J Rehabil Med* 2005 Nov;37(6):388-91.
- (118) Jensen OK, Nielsen CV, Stengaard-Pedersen K. One-year prognosis in sick-listed low back pain patients with and without radiculopathy. Prognostic factors influencing pain and disability. *Spine J* 2010 Aug;10(8):659-75.
- (119) Borchgrevink GE, Kaasa A, McDonagh D, Stiles TC, Haraldseth O, Lereim I. Acute treatment of whiplash neck sprain injuries. A randomized trial of treatment during the first 14 days after a car accident. *Spine (Phila Pa 1976)* 1998 Jan 1;23(1):25-31.
- (120) Koch H, van Bokhoven MA, Bindels PJE, van der Weijden T, Dinant GJ, ter Riet G. The course of newly presented unexplained complaints in general practice patients: A prospective cohort study. *Fam Pract* 2009;26(6):455-65.
- (121) Hartman TCO, Borghuis MS, Lucassen PLBJ, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res* 2009 May;66(5):363-77.
- (122) Garralda ME. Unexplained physical complaints. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2010 Apr;19(2):199-209, vii.
- (123) Rask CU, Olsen EM, Elberling H, Christensen MF, Ornbol E, Fink P, et al. Functional somatic symptoms and associated impairment in 5-7-year-old children: the Copenhagen Child Cohort 2000. *Eur J Epidemiol* 2009;24(10):625-34.



- (124) Janicke DM, Finney JW, Riley AW. Children's health care use: a prospective investigation of factors related to care-seeking. *Med Care* 2001 Sep;39(9):990-1001.
- (125) Campo JV, Fritz G. A management model for pediatric somatization. *Psychosomatics* 2001 Nov;42(6):467-76.
- (126) Garralda ME. Practitioner review: Assessment and management of somatisation in childhood and adolescence: a practical perspective. *J Child Psychol Psychiatry* 1999 Nov;40(8):1159-67.
- (127) Eminson DM. Somatising in children and adolescents. 2. Management and outcomes. *Advances in Psychiatric Treatment* 2001;7:388-98.
- (128) Husain K, Browne T, Chalder T. A review of psychological models and interventions for medically unexplained somatic symptoms in children. *Child and Adolescent Mental Health* 2008;12:2-7.
- (129) Kirmayer LJ, Sartorius N. Cultural models and somatic syndromes. *Psychosom Med* 2007 Dec;69(9):832-40.
- (130) Kleinman A, Kleinman J. Somatization: the interconnections among culture, depressive experiences, and the meanings of pain. A study in Chinese society. In: Kleinman A, Good B, editors. *Culture and Depression*. Berkeley: University of California Press; 1985.
- (131) Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care. *Focus* 2006;4(1):140-9.
- (132) Dyhr L. Det almene i det anderledes i det anderledes. Belysning af problemer i mødet mellem tyrkiske indvandrerkvinder og praktiserende læger i Danmark set fra en klinisk synsvinkel University of Copenhagen; 1996.
- (133) Dyhr L. Interkulturel kommunikation. In: Christensen K.S., Cold S, Gribsholt S.B., Hansen T., Jørgensen M., Pedersen B.D., editors. *Medicinsk kommunikation*. København: FADL; 2011.
- (134) Outline for Cultural Formulation and Glossary of Culture-Bound Syndromes. *Diagnostic and Statistical Manual IV. DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- (135) Mirdal GM. Den psykosociale og kulturelle baggrund for tyrkiske kvinders somatiske klager. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* 2005;83:877-93.
- (136) Østerskov M. Videnscenter for Transkulturel Psykiatri. Kulturel Spørgeguide. [http://www.vftp.dk/produkter/publikationer/documents/kulturel\\_spoergeguide\\_januar\\_2011\\_2\\_udgave.pdf](http://www.vftp.dk/produkter/publikationer/documents/kulturel_spoergeguide_januar_2011_2_udgave.pdf) 2011
- (137) *Indvandrermedicin*. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning; 2003.
- (138) Fink P, Burton C, de Bie J, Sollner W, Fritzsche K. Current state of management and organisation of care. In: Creed F, Henningsen P, Fink P, editors. *Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: Developing better clinical services*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
- (139) Søggaard HJ. *Psykisk sygelighed hos langtidssygemeldte*. Herning: Region Midtjylland, Regionspsykiatrien Herning; 2007.
- (140) Nielsen J, Hansen MS, Fink P. Use of complementary therapy among internal medical inpatients. Prevalence, costs and association with mental disorders and physical diseases. *J Psychosom Res* 2003 Dec;55(6):547-52.
- (141) WHO. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: World Health Organization; 1993.

## APPENDIKS

Fortegnelse over bilag i appendiks:

- Diagnosekodning i ICPC-2-DK
- ICD-10 kriterier for somatoforme tilstande
- *Common Mental Disorder Questionnaire* (CMDQ)
- Lamineret ark udredning og diagnostik
- Lamineret ark om forebyggelse og behandling
- Kognitive skemaer
  - Symptomregistreringskema
  - Den kognitive grundmodel ved funktionelle lidelser
  - Måltrappe
- Litteratursøgning.

## DIAGNOSEKODNING I ICPC-2-DK

**Symptomkoder (01-29)** alle kapitler inkl. kapitel P.

**A29 Alment symptom IKA** kan anvendes, når patienten har flere funktionelle symptomer uden at opfylde kriterier for funktionel lidelse. Man kan vælge at specificere ved brug af ICD-teksten ”medicinsk uforklarede symptomer”.

**P75 Somatoform forstyrrelse** anvendes, når kriterierne er opfyldt: Somatoform forstyrrelse er karakteriseret ved optagethed af og tilbagevendende præsentation af somatiske symptomer og klager sammen med stadige anmodninger om lægelig undersøgelse trods gentagne negative fund og forsikringer fra læger. Diagnosen kræver, at der gennem en periode af mindst et års varighed er præsenteret multiple, tilbagevendende og ofte skiftende somatiske symptomer for lægen. Diagnosen hypokondri kræver, at der gennem en periode af mindst et års varighed er konstateret en vedvarende optagethed af enten det legemlige udseende eller af muligheden for at lide af en alvorlig sygdom sammen med vedvarende somatiske klager, og dette trods gentagne normale fund og forsikringer fra læger

Man kan specificere denne diagnose ved brug af ICD-teksten i:

- Somatoform tilstand uden specifikation
- Dissociativ tilstand eller forstyrrelse uden specifikation
- Hypokonder-tilstand/helbredsangst
- Somatiseringstilstand
- Somatoform autonom dysfunktion
- Udifferentieret somatoform tilstand
- Dissociative tilstande

Hertil kommer koder for funktionelle syndromer i andre organkapitler (fx D93 Colon irritabile).

## ICD-10-KRITERIER FOR SOMATOFORME TILSTANDE

## INDELING

- F45.0 Somatiseringstilstand
- F45.1 Udifferentieret somatoform tilstand
- F45.2 Hypokonder tilstand
- F45.3 Somatoform autonom dysfunktion
  - F45.30 Kardiovaskulære system - nervøst hjerte
  - F45.31 Øvre gastrointestinale system - nervøs mave, aerofagi
  - F45.32 Nedre gastrointestinale system - colon irritabile, nervøs diare
  - F45.33 Respiratoriske system - hyperventilation
  - F45.34 Urogenitale system - nervøs dysuri, pollakisuri
  - F45.38 Andet organsystem
- F45.4 Vedvarende somatoform smertetilstand
- F45.8 Andre somatoforme tilstande (141)

## SOMATISERINGSTILSTAND (F45.0)

KRITERIE	BESKRIVELSE
A	Gennem > 2 år multiple, vekslende somatiske symptomer, som ikke kan forklares ved påviselig fysisk sygdom (En tilstedeværende legemlig sygdom forklarer ikke sværhedsgraden, omfanget, kombinationen eller vedholdenheden af de somatiske symptomer eller den ledsagende funktionsnedsættelse) Autonome symptomer ikke fremtrædende.
B	Optagetheden af symptomerne er generende og fører til gentagne > 3 lægebesøg eller undersøgelses-runder.
C	Patienten kan ikke (eller kun forbigående) acceptere forsikring om at symptomerne ikke har fysisk årsag.
D	Mindst 6 symptomer fra 2 eller flere organsystemer <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinale symptomer <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mavesmerter</li> <li>○ Kvalme</li> <li>○ Oppustethed</li> <li>○ Belagt tunge eller dårlig smag i munden</li> <li>○ Opkastninger eller opstød</li> <li>○ Hyppige løse afføringer eller sekret fra anus</li> </ul> </li> <li>• Kardiovaskulære symptomer <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Åndenød uden forbindelse med anstrengelse</li> <li>○ Brystsmerter</li> </ul> </li> <li>• Urogenitale symptomer <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dysuri eller pollakisuri</li> <li>○ Ubehagelige fornemmelser i genitalregionen</li> <li>○ Udflåd</li> </ul> </li> <li>• Hud- og smertesymptomer <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hudpletter eller misfarvning</li> <li>○ Ledsmerter eller smerter i arme og ben</li> <li>○ Dødhedsfornemmelse eller paræstesier</li> </ul> </li> </ul>

## HYPOKONDER TILSTAND (F45.2)

KRITERIE	BESKRIVELSE
A	Gennem mindst 6 måneder frygt for alvorlig navngiven somatisk sygdom eller Vedvarende optagethed af påstået deformitet
B	Optagetheden af frygten og symptomerne er ubehagelig eller interfererer med dagliglivsfunktionerne og fører til undersøgelser og behandling.
C	Patienten kan ikke (eller kun forbigående) acceptere forsikringer om, at der ikke fysisk er forklaring på tilstanden.
D	Symptomerne optræder ikke kun i forbindelse med anden psykisk lidelse.

## SOMATOFORM AUTONOM DYSFUNKTION (F45.3)

KRITERIE	BESKRIVELSE
A	<p>Symptomer på autonom hyperfunktion fra mindst 1 af følgende organsystemer, af patienten fortolket som udtryk for somatisk sygdom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiovaskulære system</li> <li>• Øvre gastrointestinale system</li> <li>• Nedre gastrointestinale system</li> <li>• Respiratoriske system</li> <li>• Urogenitale system</li> </ul>
B	<p>Mindst 2 autonome symptomer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palpitationer</li> <li>• Sveden</li> <li>• Mundtørhed</li> <li>• Blussen eller rødmen</li> <li>• Ubehag eller køren i maven</li> </ul>
C	<p>Mindst 1 af følgende symptomer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trykken eller smerter i prækordiet</li> <li>• Åndenød eller hyperventilation</li> <li>• Øget træthed</li> <li>• Brænden i epigastriet eller i brystet, hikke, aerofagi</li> <li>• Pollakisuri eller dysuri</li> <li>• Oppustethed i maven</li> </ul>
D	Ingen tegn på sygdom i organsystemerne
E	Optræder ikke kun i forbindelse med panikangst (F41) eller fobiske tilstande (F40.0-.3)

## COMMON MENTAL DISORDERS QUESTIONNAIRE

CMDQ (Common Mental Disorder Questionnaire) er et spørgeskema, der kan sandsynliggøre belastning eller sygdom inden for følgende kategorier: 1) multiple symptomer/BDS, 2) sygdomsbekymring/helbredsangst, 3) nervøsitet/angsttilstand, 4) tristhed/depression og 5) alkoholproblemer/misbrug. Hvis en score på en eller flere af kategorierne ligger over normalværdien, er det lægens opgave efterfølgende at foretage relevant udredning med henblik på at afklare diagnosen.

CMDQ-spørgeskemaet kan anvendes til følgende:

- Diagnostisk screening
- Monitorering af patienten før, under og efter behandling (medicin, samtaler). I princippet på samme måde som målinger af blodsukker, BT, se-lipider o.a.
- Psykoedukation af patienten. Besvarelsen belyser symptomer, (bekymrende) tanker og følelser, og kan understøtte dialogen med patienten i konsultationen.

Skemaet er gengivet på det laminerede ark om diagnostik og udredning og findes desuden på DSAM's hjemmeside.

## LAMINERET ARK OM DIAGNOSTIK OG UDREDNING

**Diagnostik og udredning**

En bred bio-psyko-social tilgang er en forudsætning for god diagnostik

**Somatisk udredning**

- Hæmatologiske kvantiteter (hæmoglobin, trombocytter og leucocytter)
- Væsketal (natrium, kalium og Kreatinin)
- Levertal (ALAT, GGT, BASP)
- Cobalamin
- Vitamin D (S-25-OHD)
- Fasteblodsukker/HbA1C
- Thyreoidea-prøver (TSH)
- Calcium
- Fasereaktant (CRP/SR)
- Urinstiks og evt. screening for misbrugsstoffer
- Evt. ekg, BT, højde, vægt, lungefunktion
- Evt. andre prøver afhængig af symptomerne

Psykiatrisk udredning: Screening med CMDQ (se bagsiden)

**Kriterier for *bodily distress syndrom (P75)***

Patienten opfylder et eller flere af nedennævnte symptommønstre

Min. 3 symptomer	Kardiopulmonal arousal Fx hjertebanken, ubehag i brystet, besværet vejrtrækning, svedudbrud, rysten, mundtørhed
Min. 3 symptomer	Gastrointestinal arousal Fx mavesmerter, vekslende afføring, oppustethed, opstød, kvalme, brændende fornemmelse i epigastriet
Min. 3 symptomer	Muskuloskeletal påvirkning Fx smerter i ryg, arme og ben, ledsmerter, føleforstyrrelser følelseløshed, kraftnedsættelse
Min. 3 symptomer	Generelle symptomer Fx koncentrationsbesvær, hukommelsesbesvær, udtalt træthed, hovedpine, svimmelhed

Symptommønsteret forklares ikke bedre med en anden somatisk eller psykiatrisk sygdom

Symptomerne påvirker patientens funktionsevne og velbefindende

**Kriterier for *helbredsangst (P75)***

Rumination med tanker om at lide af en sygdom

Et eller flere af følgende:

- 1) Bekymring, optagethed eller frygt for at lide af en alvorlig somatisk lidelse og/eller kropslig optagethed
- 2) Suggestibilitet eller autosuggestibilitet
- 3) Optagethed af sundhedslitteratur
- 4) Frygt for smitte eller forgiftninger
- 5) Frygt for at tage medicin

Symptommønsteret forklares ikke bedre med en anden somatisk eller psykiatrisk sygdom

## COMMON MENTAL DISORDERS QUESTIONNAIRE (CMDQ)

I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
1. Hovedpine?	0	1	2	3	4
2. Svimmelhed eller tilløb til at besvime?	0	1	2	3	4
3. Smerter i hjerte eller bryst?	0	1	2	3	4
4. Lavt siddende rygsmarter?	0	1	2	3	4
5. Kvalme eller uro i maven?	0	1	2	3	4
6. Muskelsmerter?	0	1	2	3	4
7. At du har svært ved at få vejret?	0	1	2	3	4
8. Anfald af varme eller kuldefornemmelser?	0	1	2	3	4
9. Følelsesløshed eller en snurrende fornemmelse i kroppen?	0	1	2	3	4
10. En klump i halsen?	0	1	2	3	4
11. At du føler dig svag i kroppen?	0	1	2	3	4
12. At dine arme eller ben føles tunge?	0	1	2	3	4
13. Bekymringer over, om der er noget alvorligt galt med din krop?	0	1	2	3	4
14. Bekymringer over om du selv lider af en sygdom, som du har hørt eller læst om?	0	1	2	3	4
15. Mange forskellige slags smerter	0	1	2	3	4
16. Bekymringer over, om du lider af en alvorlig sygdom?	0	1	2	3	4
17. Mange forskellige sygdomssymptomer?	0	1	2	3	4
18. Tanken om at lægen måske tager fejl, hvis han siger, at der ikke er noget at bekymre sig om?	0	1	2	3	4
19. Bekymringer om dit helbred?	0	1	2	3	4
20. At du pludselig bliver bange uden grund?	0	1	2	3	4
21. Nervøsitet eller indre uro?	0	1	2	3	4
22. Anfald af rædsel eller panik?	0	1	2	3	4
23. At bekymre dig for meget?	0	1	2	3	4
24. At føle dig nedtrykt?	0	1	2	3	4
25. En følelse af ingenting at være værd?	0	1	2	3	4
26. Tanker om at gøre en ende på dit liv?	0	1	2	3	4
27. En følelse af at være fanget i en fælde?	0	1	2	3	4
28. At føle dig ensom?	0	1	2	3	4
29. Selvbefejdelser?	0	1	2	3	4
<b>Har du nogensinde inden for det sidste år ...</b>				<b>Nej</b>	<b>Ja</b>
30. Tænkt, at du skulle skære ned på dit alkoholforbrug?				0	1
31. Ladet dig irritere over, at andre kritiserede dit alkoholforbrug?				0	1
32. Følt skyld over dit alkoholforbrug?				0	1
33. Straks fra morgenstunden taget en genstand, for at berolige nerverne eller for at komme dig over dine tømmermænd ?				0	1
<b>Normalværdier for summen af pointscore i CMDQ:</b>					
Symptom tjekliste (spm 1-12): <6					
Helbredsangst (spm 13-19): <2					
Angsttilstand (spm 20-23): <2					
Depression (spm 24-29): <3					
Alkoholproblem (spm 30-33): <2					



## LAMINERET ARK OM FOREBYGGELSE OG BEHANDLING

## Generelle principper

I alle tilfælde anvendes en bio-psyko-social tilgang både som led i udredning og behandling

- Uddybe symptomanamnese
- Uddybe signaler om emotionelle problemer
- Afklare evt. samtidig angst og/eller depression
- Afdække belastninger, stress og ydre faktorer
- Spørge til funktionsevne
- Afdække patientens sygdomsforståelse
- Afdække patientens forventninger til behandling og udredning
- Foretage en fokuseret klinisk undersøgelse og evt. parakliniske undersøgelser

	Biomedicinsk	Psykologisk	Socialt
<b>Forebyggelse</b>	Foretag kun relevant udredning og behandling	Forventningsafstemning, herunder aktiv informationsformidling Kvalificerende forklaringer	Understøtte patientens aktivitetsniveau Undgå sygemeldinger
<b>Lette tilfælde /bodily distress</b>	Stop unødige udredninger og behandlinger	Normalisering Kvalificerende forklaringer med udgangspunkt i patientens sygdomsforståelse og forventninger	Understøtte patientens aktivitetsniveau Undgå sygemeldinger
<b>Bodily distress syndrom</b>	Stop unødige udredninger og behandlinger SSRI, NaSSa, SNRI, TCA kan overvejes i svære tilfælde	Stil diagnosen Udvidelse og nuancering af patientens forståelsesramme Evt. kognitiv adfærdsterapi el. lign. Evt. statuskonsultation og regelmæssige aftaler	Hjælpe til at fastholde/forbedre funktionsevne Hurtig social-medicinsk afklaring Vær proaktiv mht. samarbejde og tovholderfunktion
<b>Helbredsangst</b>	Stop unødige udredninger og behandlinger SSRI kan overvejes i svære tilfælde	Stil diagnosen Kognitiv adfærdsterapi med udgangspunkt i patientens sygdomsforståelse	Hjælpe til at fastholde/forbedre funktionsevne Undgå sygemeldinger

## Kognitiv adfærdsterapi

	<b>Bodily distress syndrom</b>	<b>Helbredsangst</b>
Fokus i terapien	Nuancering og mestring af symptomer Målsætning og problemløsning	Sygdomsforståelse, dysfunktionelle antagelser og alternative forklaringsmodeller
Skemaer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptomregistreringsskema (ugeskema)</li> <li>• Den kognitive grundmodel ved funktionelle lidelser</li> <li>• Måltrappe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Illustration af "sygdomsforståelse"</li> <li>• Den kognitive grundmodel ved funktionelle lidelser</li> </ul>

## Særligt ved kroniske funktionelle lidelser

### *Statuskonsultationen*

- Gennemgang af journalmateriale
- Åben dialog med patienten om forløbet hidtil
- Understøt patienten i at tage aktivt del i behandlingsforløbet
- Fælles plan for det videre forløb
- Evt. inddragelse af pårørende

### *Råd ved håndtering af kroniske funktionelle lidelser*

#### Somatisk

- Foretag en fokuseret somatisk undersøgelse
- Undgå udredning og undersøgelser, hvis ikke indiceret på grundlag af objektive fund eller et veldefineret klinisk sygdomsbillede
- Behandl aldrig for en lidelse, patienten ikke har.
- Sanér medicin og undgå vanedannende medicin

#### Psykologisk

- Stil diagnosen
- Anerkend patientens symptomer
- Vær direkte, ærlig og respekterende
- Vær stoisk, forvent ingen hurtige ændringer eller helbredelse
- Reducer forventningerne om helbredelse, men understøt troen på bedring
- Overvej, om nyttilkomne symptomer eller en forværring er udtryk for emotionel kommunikation frem for tegn på en ny lidelse
- Anvend specifik terapi og overvej henvisning til specialiseret behandling

#### Psykofarmakologisk

- Overvej behandling med psykoaktiv medicin
- Vælg ikke-vanedannende medicin og vælg gerne medicin, der kan serummonitoreres
- Start med mindre dosis end sædvanligt og øg langsomt. Vær stoisk over for bivirkninger
- Behandl en evt. samtidig anden psykisk lidelse efter sædvanlige retningslinjer

#### Administrativt

- Vær bevidst om din rolle i behandlingen
- Vær proaktiv
- Undlad så vidt muligt sygemeldinger
- Skab en alliance med patienten om at du er tovholder og om at begrænse antallet af behandlere
- Informer kolleger om behandlingsplan og aftaler
- Opbyg en terapeutisk alliance med pårørende
- Arranger evt. supervision og støtte til dig selv

## KOGNITIVE SKEMAER

## SYMPTOMREGISTRERINGSSKEMA (UGESKEMA)

Du bedes notere for hver dag og tid på dagen, hvor generende dine symptomer er på følgende skala:

Ingen smerte/  
gener/  
følelser

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Værst tænkelige  
smerte/ gener/  
følelser

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne. Det kunne for eksempel være: *i bussen, på arbejde, hos svigermor el.lign.*

	Mandag dato:	Tirsdag dato:	Onsdag dato:	Torsdag dato:	Fredag dato:	Lørdag dato:	Søndag dato:
For- mid- dag							
Efter- mid- dag							
Aften							
Nat							

## SYMPTOMREGISTRERINGSSKEMA – MED EKSEMPEL

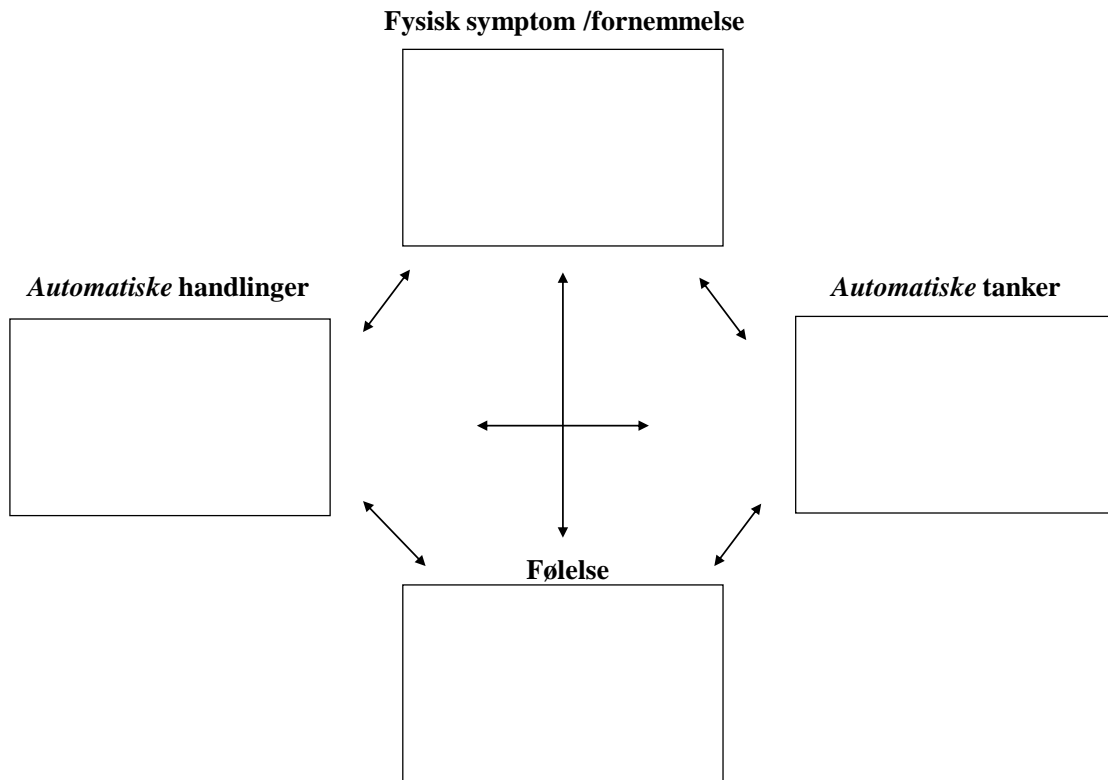
## Case B: Bodily distress syndrom/funktionel lidelse

Eva Jensen er 35 år og kommer hyppigt hos sin egen læge. Hun er marketingkoordinator og har været vant til at have mange bolde i luften. Det er hende meget magtpåliggende at have styr på tingene, både på arbejdet og i sit privatliv, hvor hun er mor til to piger på 6 og 4 år. Eva har mange forskellige symptomer fra flere organsystemer: hjertebanken, rygmerter, hyppig vandladning, svedtendens, åndenød og træthed. Eva har igennem det seneste halve år følt sig stresset og urimeligt behandlet på sit arbejde. Hun er nu langtidssygemeldt, og der kører en sag via fagforeningen. Eva har den opfattelse, at arbejdspladsen har stillet krav om en fleksibilitet, som strækker sig ud over, hvad man som arbejdstager kan honorere.

	Mandag dato: 29/8	Tirsdag dato: 30/8	Onsdag dato: 31/8	Torsdag dato: 1/9	Fredag dato: 2/9	Lørdag dato: 3/9	Søndag dato: 4/9
For- mid- dag	Kører pigerne i børnehave/skole 6 (mest træthed og smerter)	Indkøb og rengøring 5			Står sent op 8	Indkøb 7	Kommer sent op. Forsøger at få lavet nogle rygøvelser, men det går ikke godt 9
Efter- mid- dag	Sover til middag 5 Henter pigerne 6				Går en tur 7	Line er sløj og har fået feber Ordner lidt i haven 8	Går en tur Laver mad 8
Aften	Ser TV 5				Laver mad, manden er i byen 9 (voldsomt ondt i ryggen, svimmelhed) Går tidligt i seng sammen med pigerne	Laver mad Telefonsamtale med min søster 9	
Nat	Sover dårligt 7			Sovet meget dårligt pga. ryggen 10		Afbrudt søvn – skal se til Line 9	

DEN KOGNITIVE GRUNDMODEL VED FUNKTIONELLE LIDELSER: **AUTOMATISKE TANKER OG HANDLINGER**

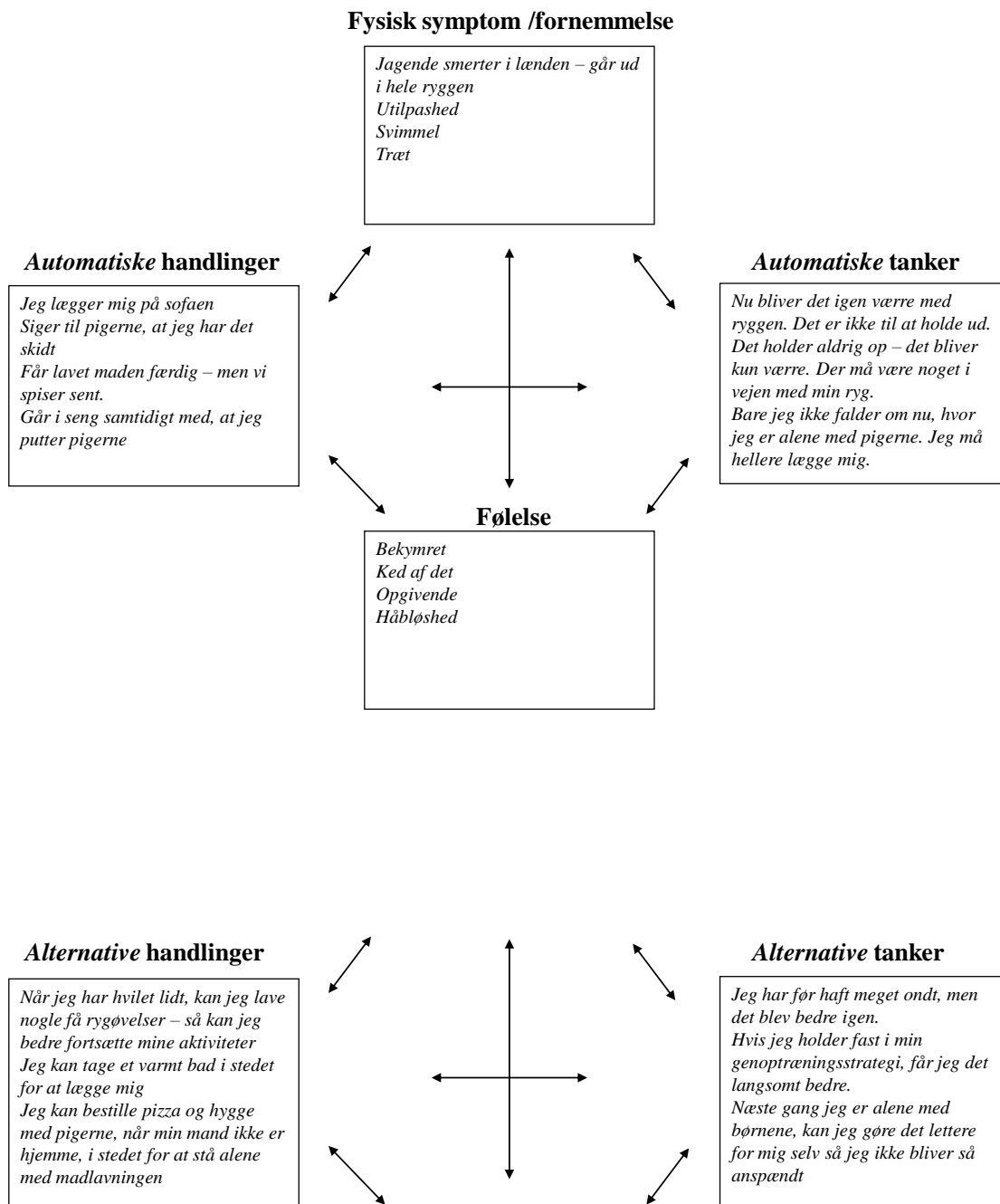
Tidspunkt:  
Situation:



Note: Når de automatiske tanker og handlinger er klarlagt, arbejdes der med alternative tanker og handlinger

DEN KOGNITIVE GRUNDMODEL VED FUNKTIONELLE LIDELSER - MED EKSEMPEL

**Tidspunkt:** Fredag aften  
**Situation:** Alene hjemme med pigerne og skal lave aftensmad



Note: I samtalen med patienten om alternative tanker og handlinger, kan man desuden spørge til, hvordan patienten forestiller sig, at disse vil indvirke på symptomer (mindre ondt i ryggen) og følelser (mindre bange og ked af det).

## MÅLTRAPPE

## VEJLEDNING

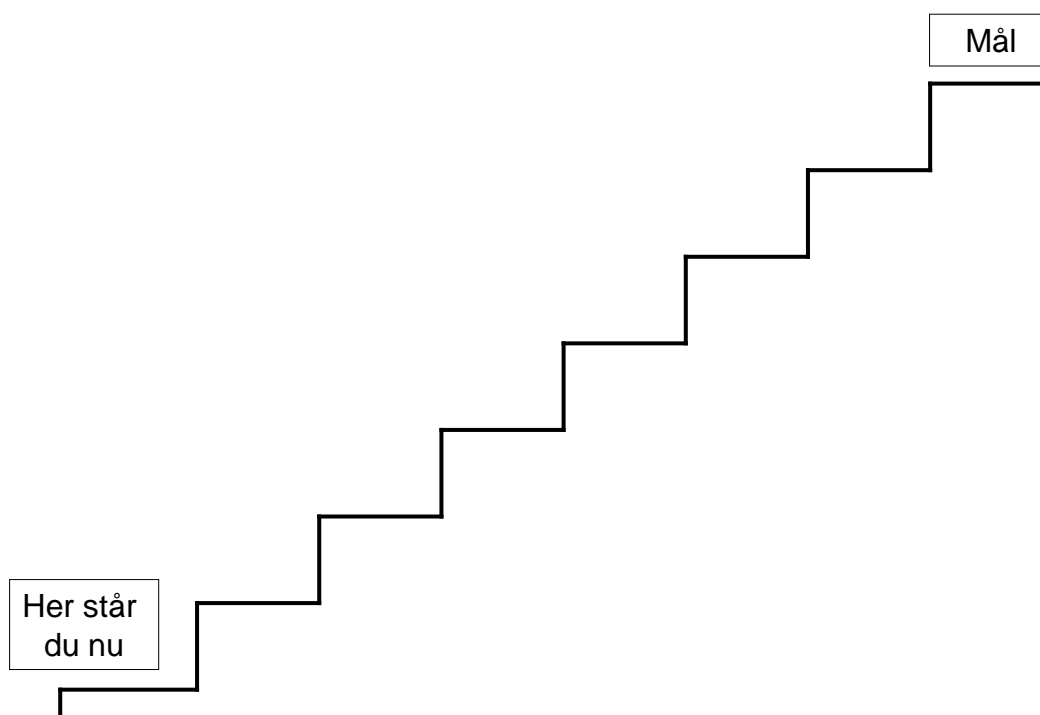
Det er vigtigt at de opstillede mål er specifikke og realistiske. Det første skridt er det vigtigste, og det er vigtigt at sætte det første mål så lavt, at du er sikker på at få en succesoplevelse. Nogle oplever, at de næsten ikke er i stand til at gøre noget som helst. Du må så prøve at gennemgå din hverdag – alle kan et eller andet. Du kan tage udgangspunkt i at gøre det, du allerede gør, plus lidt mere. Små skridt nytter og giver resultater efter nogen tid.

Udfyld evt. med lægens hjælp nedenstående måltrappe.

**1. Skriv dit mål på øverste trin.**

**2. På hvert af trinene skriver du de delmål, der fører dig til målet.**

HUSK, det skal være realistisk!



MÅLTRAPPE – MED EKSEMPEL





## METODE: LITTERATURSØGNING

(Vil blive anført på DSAM's hjemmeside, men ikke nødvendigvis i den trykte udgave)

## DATABASER

Der er søgt litteratur i Pubmed, Embase, PsycInfo, Cinahl og Cochrane Database of Systematic Reviews i juni 2010.

## SØGESTRENGE

Følgende søgestreng er anvendt i Pubmed og efterfølgende tilpasset de øvrige databaser.

**Almen praksis: ((generalist OR generalists OR "general practitioner" OR "general practitioners" OR "practitioner, general" OR "practitioners, general" OR "primary care physician" OR "primary care physicians" OR GP OR GPs OR "family medicine" OR "family doctor" OR "family doctors" OR "family nurse" OR "family nurses" OR "family health" OR "community medicine" OR "community doctor" OR "community doctors" OR "community physician" OR "community nurses" OR "community health" OR "general practice" OR "family practice" OR "nurse practice" OR "family practitioner" OR "nurse practitioner" OR "primary care" OR "primary healthcare" OR "primary health care" OR "primary health service" OR "primary health services" OR homecare OR "community care")) OR (primary care OR family physician OR outpatient OR family practice OR nurse practitioners)**

**Funktionelle lidelser: (((IBS OR CFS OR "atypical chest pain" OR syndrome-X OR "nonspecific chest pain" OR "non specific chest pain" OR "non cardiac chest pain" OR "noncardiac chest pain" OR "non cardiac pain" OR "noncardiac pain" OR "chronic fatigue" OR "fatigue syndrome" OR "post viral fatigue" OR "myalgic encephalitis" OR encephalitis myalgic OR "chronic lyme disease" OR "non specific headache" OR "nonspecific headache" OR "functional headache" OR "whiplash associated disorder" OR "whiplash associated disorders" OR "post whiplash syndrome" OR "chronic whiplash syndrome" OR Trichotillomania OR "psychogenic excoriation" OR "neurotic excoriation" OR "compulsive skin picking" OR dermatotillomania OR "acne excoriee" OR "burning Mouth Syndrome" OR "globus syndrome" OR dysmorphophobia OR "body dysmorphic" OR "phantom pain" OR "repetitive strain injury" OR "temporomandibular dysfunction" OR "temporomandibular joint dysfunction" OR "temporomandibular joint disorder" OR "atypical facial pain" OR "chronic pelvic pain syndrome" OR "pelvic pain" OR "chronic low back pain" OR chronic benign pain disorder OR "chronic pain" OR "chronic benign pain syndrome" OR "chronic widespread pain" OR "functional dyspepsia" OR "non-ulcer dyspepsia" OR "recurrent abdominal pain" OR "functional abdominal pain" OR "functional gastrointestinal disorder" OR "functional gastrointestinal disorders" OR "premenstrual syndrome" OR "Gulf Syndrome" OR "interstitial cystitis" OR "hyperventilation syndrome" OR pseudoseizure\* OR pseudo-epileptic seizure OR pseudo epileptic seizure OR pseudo-epileptic seizures OR pseudo epileptic seizures OR "pseudo-epileptic seizures" OR "electricity hypersensitivity" OR infrasound hypersensitivity OR "sick building syndrome" OR vulvodinia OR patellofemoral pain syndrome OR functional headache OR functional dyspepsia OR non-ulcer dyspepsia OR "stomach ache" OR "stomach aches" OR "painful bladder syndrome" OR "urethral syndrome" OR "cardiac neurosis" OR "cardiac neuroses" OR "effort syndrome" OR "post-whiplash syndrome" OR "postwhiplash syndrome" OR "post-viral fatigue" OR "postviral fatigue" OR "non-specific symptom" OR "non-specific symptoms" OR "non-specific complaint" OR "non-specific complaints" OR "non-specific chest pain" OR "non-cardiac chest pain" OR "non-cardiac pain" OR "non-specific headache" OR "Briquet's syndrome" OR "headache disorder" OR "headache disorders" OR psychalgia OR psychoseizure OR psychoseizures)) OR (Somatoform OR psychosomatic OR hypochondria OR hypochondriac OR hypochondriacs OR health anxiety OR somatization OR**

somatisation OR psychogen\*) OR (somatoform disorder OR psychosomatic medicine OR psychophysiologic disorder OR hypochondriasis OR conversion disorder OR hypersensitivity OR dissociative disorders OR neurosis OR neurasthenia OR fibromyalgia OR chronic fatigue syndrome OR phantom Limb OR irritable bowel syndrome OR multiple chemical sensitivity OR tension headache OR tinnitus OR dizziness OR whiplash Injuries OR "chest pain/psychology"[MESH] OR Colonic Diseases, Functional OR Neurocirculatory Asthenia OR Cystitis, Interstitial)) OR (MUS OR MUPS OR unexplained symptom OR unexplained symptoms OR unexplained complaint OR unexplained complaints OR unexplained problem OR unexplained problems OR "unexplained disease" OR "unexplained diseases" OR "unexplained illness" OR "unexplained illnesses" OR "unexplained disorder" OR "unexplained disorders" OR "nonspecific symptom" OR "nonspecific symptoms" OR "non specific symptom" OR "non specific symptoms" OR "nonspecific complaint" OR "nonspecific complaints" OR "non specific complaint" OR "non specific complaints" OR "functional somatic syndrome" OR "functional somatic syndromes" OR "functional somatic symptom" OR "functional somatic symptoms" OR "functional syndrome" OR "functional syndromes" OR "functional disorder" OR "functional disorders" OR "functional disease" OR "functional diseases" OR "functional complaint" OR "functional complaints" OR "functional somatic complaint" OR "functional somatic complaints" OR medically unexplained OR unexplained disease\* OR unexplained illness\* OR nonspecific symptom\* OR non specific symptom\* OR nonspecific complaint\* OR non specific complaint\* OR functional somatic syndrome\* OR functional somatic symptom\* OR functional syndrome\* OR functional disorder\* OR functional disease\* OR functional complaint\* OR functional somatic complaint\* OR functional problem\*)

**Diagnose:** "Diagnosis"[Mesh]

**Limits:** *Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, All Adult: 19+ years, published in the last 10 years*

**Differentialdiagnose:** "Diagnosis, Differential"[Mesh] OR "Comorbidity"[Mesh] OR "Diagnosis Differential" OR "Comorbidity"

**Limits:** *Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, All Adult: 19+ years, published in the last 10 years*

**Prognose:** "prognosis" OR "course" OR "longitudinal" OR "duration" OR "longterm outcome" OR "symptom severity"[Title] AND "Prognosis"[Mesh]

**Limits:** *Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, All Adult: 19+ years, published in the last 10 years*

**Sygeliggørelse:** "iatrogenic disease" OR "medicalisation" OR "medicalization" OR "sick role" OR "watchful" OR "waiting" OR "alarm" OR "signals" OR "over treatment" OR "overuse" OR "overutilization" OR "polysurgery" OR "harm" OR "damage"

**Limits:** *Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, All Adult: 19+ years, published in the last 10 years*

**Behandling:** therapeutics OR therapy OR treatment OR handling OR reattribution OR treat OR handle OR cure

**Limits:** *Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, All Adult: 19+ years, published in the last 10 years*

**Læge-patient: "Physician-Patient Relations"[Mesh] OR "therapeutic alliance" OR "Physician Patient Relationship" OR "physician patient interaction" OR "physician patient communication"**

***Limits: All Adult: 19+ years, published in the last 10 years***

**Sociale relationer: "Social Support"[Mesh] OR "Social Support" OR "social network" OR "social networks" OR "social intergration" OR "social isolation" OR "social participation" OR "social ties"**

***Limits: All Adult: 19+ years, published in the last 10 years***

(Standard til indersiden af omslagets bagside – skal evt. revideres)

## Generelt om DSAM's kliniske vejledninger

DSAM har udgivet kliniske vejledninger siden 1999. Vejledningerne er tænkt som en hjælp fra praktiserende kolleger til praktiserende kolleger.

Formålet med vejledningerne er at indsamle og gennemgå aktuel viden på et givet område, og ud fra en almenmedicinsk synsvinkel at skaffe et overblik over denne. Vejledningerne opstiller relevante forslag til, hvordan læge og patient i fællesskab – ud fra individuelle og lokale forhold – kan imødekomme en given problemstilling. De kliniske vejledninger angiver således generelle retningslinjer for god klinisk adfærd, men vil altid kun være en del af det samlede grundlag, der indgår i en beslutningsproces. Vejledningen er et værktøj til prioritering af undersøgelse, behandling og pleje ud fra behandlingseffekt, omkostninger og risikovurderinger, således at lægen og patienten i fællesskab kan træffe beslutning ud fra patientens eget værdigrundlag. En klinisk vejledning er således én måde at håndtere en klinisk problemstilling på – ikke en juridisk bindende instruks.

DSAM's håb er, at de kliniske vejledninger kan bidrage til kvalitetsudvikling af og efteruddannelse inden for faget. Vejledningerne skal derfor omhandle relevante og hyppigt forekommende kliniske problemstillinger, hvor der råder usikkerhed. Emner for vejledningerne udvælges af DSAM's Koordinationsgruppe for kliniske vejledninger og godkendes af DSAM's bestyrelse. Vejledningerne udarbejdes af praktiserende læger i samarbejde med relevante samarbejdspartnere. DSAM tilstræber, at vejledningerne er evidensbaserede, handlingsorienterede, forståelige og fleksible i forhold til den praktiserende læges hverdag. I forbindelse med udgivelse af nye vejledninger tilstræber DSAM i videst muligt omfang at stimulere implementeringsaktiviteter, men omsætningen af vejledningernes ord til handling vil i altovervejende grad afhænge af lokale aktiviteter og tiltag. Vejledningerne både kan og bør tilpasses lokale forhold.

Yderligere information om DSAM's kliniske vejledninger kan findes på [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk)