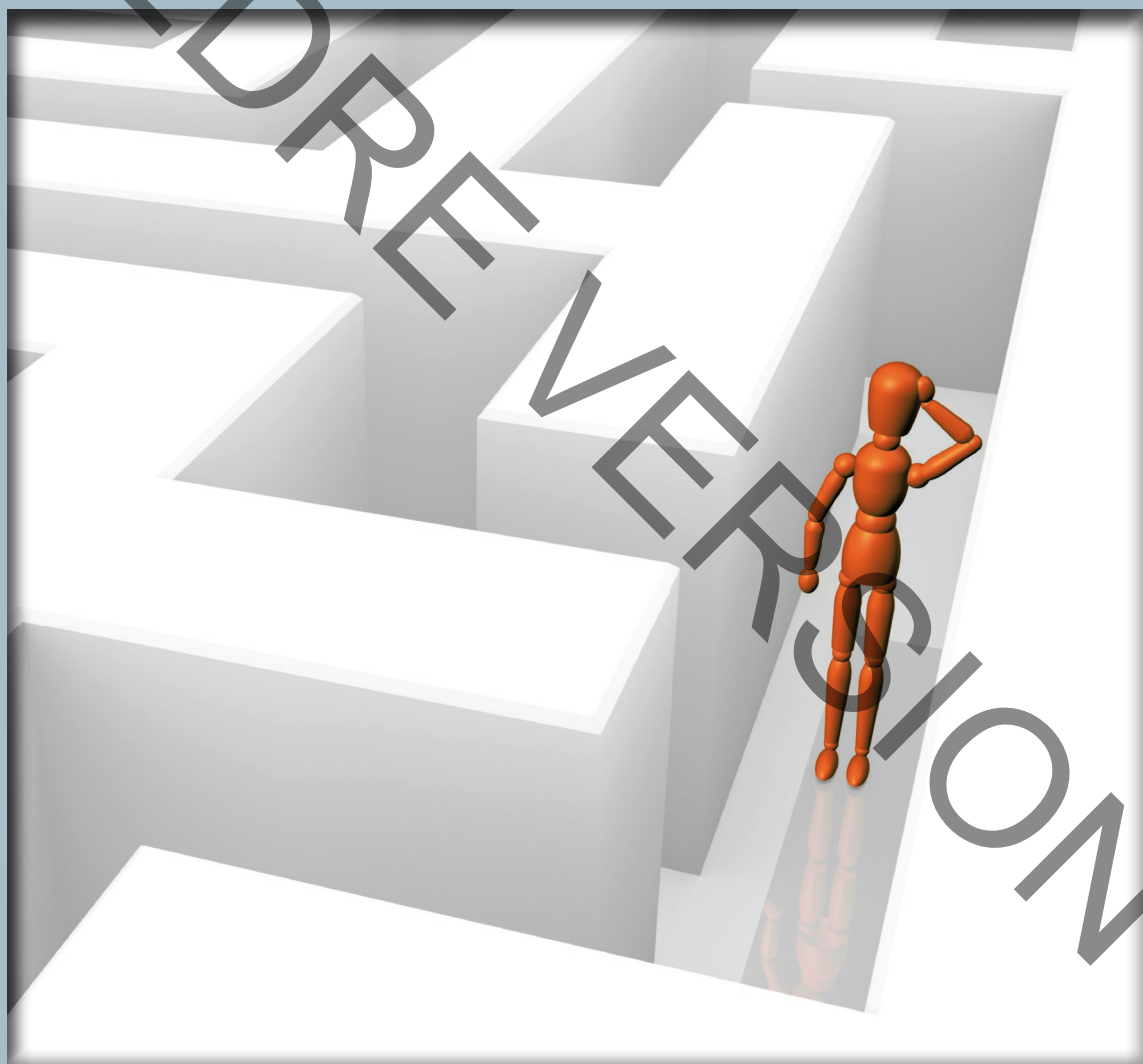


Funktionelle lidelser



Funktionelle lidelser

© Dansk Selskab for Almen Medicin, 2013

ISBN (trykt version): 978-87-92462-82-4

ISBN (elektronisk version): 978-87-92462-83-1

Vejledningen blev sendt i høring i oktober 2011.

Høringsliste findes på www.DSAM.dk.

Manuskript og arbejdsgruppe

Marianne Rosendal (formand for arbejdsgruppen), ph.d., seniorforsker, speciallæge i almen medicin

Kaj Sparle Christensen, ph.d., seniorforsker, praktiserende læge, speciallæge i almen medicin

Lene Agersnap, praktiserende læge, speciallæge i almen medicin

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

Claus Vinther Nielsen, professor, ph.d., socialoverlæge, speciallæge i klinisk socialmedicin/samfundsmedicin

Bidrag fra

Anne-Mette Momsen, ph.d., seniorforsker og Helle Jessen Tornemand, socialrådgiver (Patientens sociale relationer og Det socialt-lægelige samarbejde)

Charlotte Ulrikka Rask, ph.d., seniorforsker, speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri (Funktionelle lidelser hos børn og unge)

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

Lise Dyhr, ph.d., seniorforsker, praktiserende læge, speciallæge i almen medicin (Funktionelle lidelser hos patienter med anden etnisk baggrund end dansk)

Gretty M. Mirdal, forskningsprofessor, dr. phil. (Funktionelle lidelser hos patienter med anden etnisk baggrund end dansk)

Marianne Kastrup, lic.med., speciallæge i psykiatri (Funktionelle lidelser hos patienter med anden etnisk baggrund end dansk)

Bo Stork, praktiserende læge, speciallæge i almen medicin (bidrag til udformning som repræsentant for FYAM)

Helene Sognstrup, bibliotekar, Psykiatrisk Forskningsbibliotek, Risskov (litteratursøgning)

Fra DSAM har medvirket

Sekretariatsbistand: Tina Malene Pedersen og Tina Louise Olsen

Forlagsredaktion

Birgitte Dansgaard, Komiteen for Sundhedsoplysning

Grafisk tilrettelæggelse

Peter Dyrvig Grafisk Design

Trykkeri

Scanprint

Vejledningen kan bestilles hos Månedsskriftet for Praktisk Lægegerning, www.maanedsskriftet.dk eller tlf. 35 26 67 85, og den kan downloades på www.dsam.dk

Forord

Vi glæder os over at kunne udgive en klinisk vejledning med fokus på en problemstilling, som er helt central i det almenmedicinske arbejde. Der er ikke tidligere udgivet vejledninger om funktionelle lidelser i Danmark, og vejledningen er blandt de første, der udgives i Europa. Funktionelle lidelser har ikke været prioriteret i hverken den præ- eller postgraduate uddannelse, og mange sundhedsprofessionelle har derfor været autodidakte i mødet med patienter med funktionelle lidelser. Hensigten med denne vejledning er at opkvalificere den fremtidige behandling på området, dels ved at give læseren en opdatering på den foreliggende viden om funktionelle lidelser, dels ved at formidle konkrete anbefalinger for udredning, diagnostik og behandling.

Vejledningen er primært tiltænkt praktiserende læger, men mange elementer kan med fordel anvendes også af andre læger, og den formidlede viden kan desuden være nyttig for en bredere kreds som fx praksispersonale og socialmedicinske fagpersoner. Vejledningen er målrettet primærsektoren og beskriver derfor ikke de specialiserede tilbud, der findes for specifikke funktionelle syndromer og smertetilstande.

I vejledningen anvendes begrebet funktionelle lidelser for en række symptomer og sygdomme med fælles træk og beskrives således som generiske fænomener og ikke efter organlokalisering.

Vejledningen er opbygget af 16 kapitler, som har skiftende fokus på basal viden og kliniske anbefalinger, men således at den teoretiske viden, der formidles, skal ses i sammenhæng med de kliniske kapitler. 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. Udover hovedkapitlerne er der 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. Med vejledningen følger to laminerede oversigtsark om henholdsvis udredning og diagnostik samt forebyggelse og behandling. Vejledningen og de skemaer, den henviser til, findes også på DSAM's hjemmeside, www.dsam.dk.

Arbejdsgruppen har baseret sit arbejde på en systematisk litteraturgennemgang med angivelse af evidensniveauer for anbefalinger. 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

Lars G. Johansen
Formand for DSAM

Indhold

Forord • 1

Evidensniveauer og anbefalingers styrke • 3

Indledning • 5

Diagnostik • 11

Differentialdiagnostik og komorbiditet • 14

Udredning • 17

Patientens sygdomsopfattelse • 18

Vedligeholdende og forstærkende faktorer • 22

Behandling og visitation • 25

Læge-patient-relationen • 33

Patientens sociale relationer • 35

Komplikationer • 38

Prognose • 40

Funktionelle lidelser hos børn og unge • 41

Funktionelle lidelser hos ældre patienter • 45

Funktionelle lidelser hos patienter med anden etnisk baggrund end dansk • 47

Almen praksis' relationer til sundheds- og socialvæsen • 51

Sundhedsvæsenets organisation og almen praksis' rolle • 51

Det socialt-lægelige samarbejde • 54

Kvalitetssikring • 57

Bilagsfortegnelse • 59

Bilag 1. Diagnosekodning I ICPG-2-DK • 60

Bilag 2. ICD-10-kriterier for somatoforme tilstande • 61

Bilag 3. Vejledning til *Common Mental Disorders Questionnaire* (CMDQ) • 64

Bilag 4. Skemaer til kognitiv adfærdsterapi • 65

Generelt om DSAM's kliniske vejledninger • 72

Evidensniveauer og anbefalingers styrke

Vejledningen er baseret på en systematisk litteratursøgning i det omfang, det har været muligt. Beskrivelsen af litteratursøgning og litteraturreferencer angivet i teksten med tal findes på DSAM's hjemmeside, www.dsam.dk

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.

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

Formålet med at graduere evidens og anbefalingers styrke er at gøre det gennemskueligt for brugeren, hvad anbefalingerne i vejledningen bygger på. Ovenstående evidensniveauer og graduering af anbefalingernes styrke illustrerer de principper, der er benyttet til at graduere den tilgrundliggende viden, som denne vejledning bygger på.

Anbefalingens styrke er gradueret fra A (størst validitet) til D (mindst validitet). I vejledningen vil anbefalingens styrke være angivet til venstre i boksen. I vurderingen af den tilgrundliggende videns validitet må man holde sig for øje, at ikke al viden kan efterprøves ved randomiserede forsøg.

Kategorien ☒ udtrykker skrivegruppens anbefaling for 'god klinisk praksis'.

ÆLDRE
VERSION

Indledning

Det er normalt at opleve signaler fra kroppen. Vi kalder det sensationer. Symptomer er *sensationer*, 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 nyt symptom sjældent kan forklares ud fra en somatisk eller psykisk sygdom, netop fordi sensationer er almindeligt forekommende.



Hvad er funktionelle lidelser?

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.

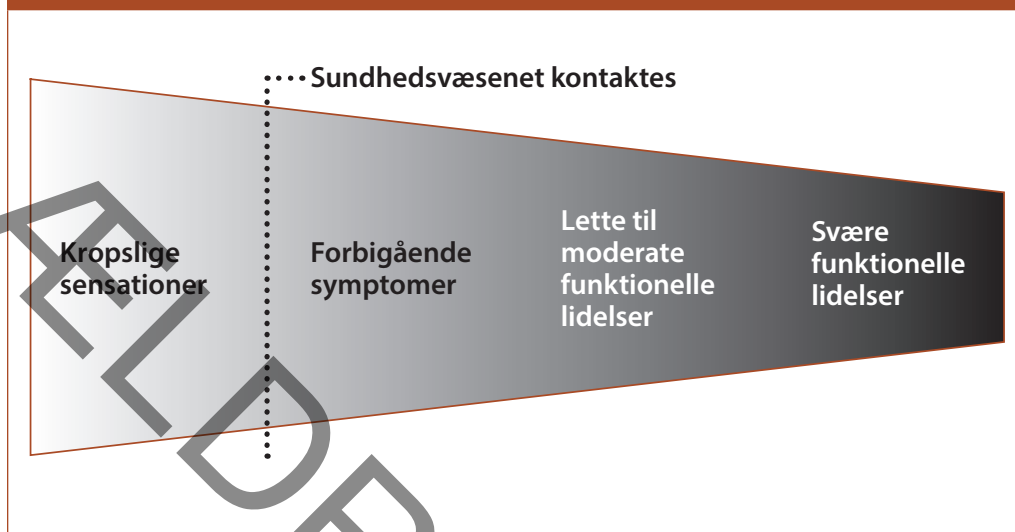
Der skelnes mellem lette, moderate og svære funktionelle lidelser.

Svære funktionelle lidelser inddeles yderligere i *bodily distress syndrom* og *helbredsangst*.

- **Bodily distress syndrom:** Patienten er plaget af legemlige symptomer. Der kan samtidig være en naturlig bekymring for, om symptomerne skyldes en uerkendt legemlig sygdom.
- **Helbredsangst:** Patienten er plaget af angst for at fejle noget alvorligt. Almindelige sensationer kan forstærke denne angst, men de legemlige symptomer er ikke i sig selv væsentligt generende for patienten.

Funktionelle lidelser udgør et spektrum i sværhedsgrad og hyppighed (se figur 1). Ved de lette tilstande viser symptomerne sig ofte at være forbigående. De moderate tilstande kan være behandlingskrævende og benævnes også *bodily distress*, idet symptomerne kan ses som udtryk for en belastningstilstand – det være sig fysisk som psykisk. Svære, ofte kroniske tilstande ses kun hos en lille del af patienterne og benævnes svær 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 helbredsangst¹.

Figur 1. Funktionelle lidelser indgår i et spektrum fra forbigående symptomer med høj forekomst til svære tilstande med lav forekomst.



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

Det er vigtigt at forstå, at patienter med funktionelle lidelser 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 forbigående, 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 lette og moderate funktionelle lidelser.

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* eller *kropslig stresstilstand*. Hvis angsten dominerer, anvendes betegnelsen *helbredsangst*. Disse diagnoser klassificeres alle under P75 Somatoform forstyrrelse i ICPC.

Endelig anvendes en række forskellige betegnelser for funktionelle syndromer indenfor de somatiske specialer². Eksempler herpå er:

- Neurasteni (P78)
- Kronisk smertetilstand, Almen/udbredt smerte (A01)
- Kronisk træthedssyndrom, Myalgic Encephalomyelitis, Postviralt træthedssyndrom (A04)
- Colon irritabile (D93)
- Kardialt syndroma X (K74)
- Fibromyalgia (L18)
- Kronisk whiplash, Distorsio columnae cervicalis sequelae, Whiplash Associated Disorder, Whiplash syndrom (L83).

Eksempler på funktionelle lidelser

Case A: Let-moderat funktionel lidelse

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. De sidste 4 måneder er hun kommet 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, nakkesmerter 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 besked om, at hun burde blive opereret. Hun henvender sig nu i praksis for at få en henvisning til en rygoperation.

Case B: Svær funktionel lidelse/bodily distress syndrom

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: hjerteranken, rygsmerter, hyppig vandladning, svedtendens, åndenød og træthed. Hun har svært ved at forstå, hvorfor man ikke kan finde årsagen til hendes symptomer. Eva har igennem det seneste år haft tiltagende svært ved at varetage sine arbejdsopgaver pga. de mange symptomer og har samtidig følt sig presset og urimeligt behandlet på sit arbejde. Hun er nu langtidssygemeldt.

Case C: Svær funktionel lidelse/helbredsangst

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 solexponering og risiko for hudkræft til en del konsultationer, hvor lægen skulle se på forskellige 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 prostatakæft efter en avis-kampagne, der lod ham forstå, at natlig vandladning, slap stråle og efterdryp kunne være de første tegn på kræft. Han henvender sig nu for at få taget en PSA-test.

? 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 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. I forhold til det biologiske, har man påvist forandringer i såvel hjernefunktion som hjernestruktur ved svære funktionelle lidelser^{3,4}. Disse forandringer er formentlig både udtryk for en hypersensibilisering overfor stimuli og en dårligere central filtrering af stimuli. Man mener desuden, at symptomproduktionen øges pga. arousal eller fysisk deconditionering. Psykologisk har bl.a. kognitive og adfærdsmæssige forhold som sygdomsforståelse og sygdomsadfærd betydning.

? Hvor hyppigt forekommer symptomer og funktionelle lidelser?

Patienter med symptomer ønsker ofte blot en læges vurdering af deres kropslige sensationer og kan som regel fortælle, hvorfor de har fortolket dem som et muligt tegn på sygdom. Hos ca. 70 % af voksne 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 lidelser, og oftest præsenterer de sig med legemlige symptomer.

Hos en mindre gruppe patienter, 5-10 % af voksne patienter i praksis, er symptomerne vedvarende, og der kan løbende komme nye symptomer til. Nogle lider primært af bekymring eller 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 symptom billeder er ud over faglige 'modestrømninger' påvirket af socio-økonomiske forhold, fx om diagnosen giver mulighed for sygemelding, pension, økonomisk 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.

? Er funktionelle lidelser en opgave for almen praksis?

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

4. Udredning, diagnostik og differentialdiagnostik ved symptomdebut
5. Behandling af de lette til moderate funktionelle lidelser
6. Tovholderrollen ved de svære funktionelle lidelser, hvor der er reel risiko for at forvolde skade på patienten, hvis man indleder den ene somatisk fokuserede odysse efter den anden.

Funktionelle lidelser stiller særlige krav til almen praksis. Henvendelser med symptomer er et af de områder, hvor almenmedicinen er ekspert. Der kan være behov for at afklare differentialdiagnoser ved at inddrage andre specialer – men diagnose og behandling og dermed det samlede forløb hviler på almen praksis. Det, at patienterne er plagede af legemlige symptomer, stiller særlige krav om indsigt i somatiske differentialdiagnoser. Problemstillingen er ofte kompleks, og lægen spiller en vigtig rolle, også når andre faggrupper som fx psykologer eller sygeplejersker involveres. Patienter med funktionelle lidelser 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 i øjeblikket kun meget få steder i landet, og almen praksis må derfor indtil videre varetage indsatsen overfor denne gruppe bedst muligt.

ÆLDRE
VERSION

Diagnostik

Anbefaling	
☒	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 symptommonster, som er karakteristisk for *bodily distress syndrome* (se nedenfor) samt ved symptomer på helbredsangst. Diagnosen forudsætter, at tilstanden ikke er bedre forklaret ved organisk lidelse, misbrug, psykose, affektive tilstande og angsttilstande (se afsnit om differentialdiagnostik og udredning).

? 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 forklaring⁵.

Diagnostiske kriterier

Selv om funktionelle lidelser ætiologisk betragtes som multifaktorielle med en betydelig biologisk komponent, rubriceres de fortsat i det psykiatriske kapitel, dels af historiske grunde, dels fordi en væsentlig del af behandlingen bygger på psykologiske principper.

Aktuelt anvendes ICD-10 kriterierne for somatoforme tilstande (se bilag 2), som er koblet til ICPC-diagnosekode P75 Somatoform forstyrrelse. I almen praksis vil disse kriterier imidlertid 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 enten bodily distress syndrom eller helbredsangst⁽⁶⁻⁸⁾. Disse diagnoser er baseret på empirisk forskning i almen praksis^(9,10) og anvendes i øjeblikket som forskningsdiagnoser i Danmark.

Bodily distress syndrom

Patienter med *bodily distress syndrom* præsenterer legemlige symptomer i et karakteristisk symptommmønster. Lidelsen er forbundet med en betydelig og konstant nedsat funktions-
evne (se case B).

Symptommmønsteret er karakteriseret ved tilstedeværelse af mindst 3 samtidige symptomer fra mindst en af de følgende symptomgrupper:

- Kardiopulmonal arousal (fx hjertebanken/uro i brystet, trykken/smerter i brystet, forpustethed uden anstrengelse, anfald med vejrtrækningsbesvær, varm- eller koldsveden, mundtørhed)
- Gastrointestinal arousal (fx mavesmerter, hyppige, løse afføringer, diarré, oppustethed/spændingsfornemmelse/tyngdefornemmelse i maven, utilpashed/kvalme, opgylpninger/opstød, brændende fornemmelse i brystet/maven/halsbrand)
- Muskuloskeletal påvirkning (fx smerter i arme eller ben, muskelsmerter/muskelømhed, ledsmerter, følelse af lammelse i arme eller ben, rygsmerter, smerter som flytter sig fra sted til sted, ubehagelig dødhedsfornemmelse eller føleforstyrrelser)
- Generelle symptomer (fx koncentrationsbesvær, hukommelsesbesvær, træthed, hovedpine, svimmelhed).

Symptommmønsteret forklares ikke bedre med en anden somatisk eller psykisk sygdom. Symptomerne påvirker patientens funktionsevne og velbefindende.

Helbredsangst

Patienter med helbredsangst henvender sig typisk med legemlige symptomer. Hovedproblemet er ikke symptomerne 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 frygt for at have en alvorlig fysisk sygdom eller tanker om at blive ramt af sygdommen i fremtiden. Eller optagethed af andre helbredsbeskyrninger 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. Ved autosuggestibilitet overbevises man af sine egne tanker, ved suggestibilitet overbevises man af en anden person.
- 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.

Symptommønsteret forklares ikke bedre med en anden somatisk eller psykisk sygdom. Symptomerne påvirker patientens funktionsevne og velbefindende.

ÆLDRE
VERSION

Differentialdiagnostik og komorbiditet

Anbefaling	
B	Det er sjældent, at diagnostik af alvorlig, somatisk sygdom forsinkes hos patienter med funktionel lidelse.
☒	Overvej altid muligheden af somatisk sygdom med multiple symptomer, fx stofskiftelidelse, DS, SLE, AIDS og andre.
☒	Karakteristika ved veldefineret somatisk sygdom: • Få og specifikke symptomer • Karakteristiske symptomer eller symptom mønstre • Konstant symptomlokalisering • Tydelig variation i intensitet med få lindrende eller forværrende faktorer • Hovedklage kan identificeres • Beskrivelsen er klar • Veldefineret effekt af specifik behandling.
☒	Overvej veldefineret psykisk sygdom (misbrug, psykose, affektive tilstande, angsttilstande)

? 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 brystsmerte, 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 patienterne¹¹.

Ved persisterende symptomer tyder flere undersøgelser på, at diagnosen af en organisk lidelse forsinkes i under 4 % af tilfældene^{12,13}. I en nyere undersøgelse i en neurologisk klinik fandt man, at 1144 patienter – svarende til 30 % af alle nyhenviste patienter – havde medicinsk uforklarede symptomer. Ved opfølgning 18 måneder senere på 1030 af disse patienter havde 4 (0,4 %) udviklet en neurologisk sygdom, som kunne forklare de initiale symptomer¹⁴. Ved korterevarende symptomer var diagnosen ifølge en enkelt undersøgelse i almen praksis forsinket hos op mod 10 % af de patienter, der initialt blev vurderet til at have en funktionel lidelse, men i under 1 % af tilfældene havde dette alvorlige helbreds mæssige konsekvenser¹⁵.

Patienter, som henvender sig i almen praksis med alarmsymptomer på kræft, vil i de fleste tilfælde være diagnostisk afklarede indenfor 3 måneder¹⁶.

? Hvor længe kan man se tiden an uden biomedicinsk udredning (watchful waiting)?

Hos hovedparten af patienterne er henvendelsessymptomerne gået over indenfor 2 uger efter henvendelsen til almen praksis¹⁷. Symptomer, der vedvarer udover 2 uger, bør derfor give anledning til 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 sygdomme. Således udelukker en anden diagnose ikke tilstedeværelse af en funktionel lidelse og omvendt. Ved langt de fleste veldefinerede sygdomme stilles diagnosen nemt ud fra et karakteristisk symptom billede samt kliniske og parakliniske fund.

Det er nødvendigt at overveje muligheden af veldefineret somatisk sygdom med multiple symptomer, fx stofskiftelidelse, dissemineret sclerose, hyperparathyreoidisme, binyrebarkinsufficiens/Addisons sygdom, akut intermitterende porfyri, Parkinsons sygdom, myastenia gravis, AIDS, Borreliose, systemisk lupus erythematosus og andre bindevævs-sygdomme. 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 ukarakteristiske¹⁸.

Legemlige symptomer er meget hyppige ved depressioner og angsttilstande. Hvis lægen er opmærksom på det, er differentialdiagnosen sjældent vanskelig, idet symptom billedet 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 angsttilstand¹⁹.

? Hvad taler imod, at der er tale om en funktionel lidelse?

Alarmsymptomer på bryst-, tarm-, urinvejs- og lungecancer er hyppige i befolkningen, og cirka 15 % af populationen har haft mindst ét af disse cancer-alarmsymptomer indenfor en 12-måneders-periode²⁰. Mens fx blødning per rectum kun er forbundet med en risiko for at have kræft på ca. 0,1 % i den almindelige befolkning, er risikoen betydeligt højere, nemlig 2,5-5 %, hos personer, der har valgt at henvende sig til deres praktiserende læge²¹. 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 år²². Patienter, der henvender sig med alarmsymptomer i almen praksis, bør derfor altid udredes.

Følgende karakteristika taler for veldefineret somatisk sygdom²³:

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

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

? 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' omfattende²⁴:

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

I udredningen af en sandsynlig funktionel lidelse kan *Common Mental Disorders Questionnaire* (CMDQ)-spørgeskemaet anbefales (se blåt lamineret ark)²⁵. 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.

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

Patientens sygdomsopfattelse

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

? Hvor udbredt er det at opleve kropslige symptomer?

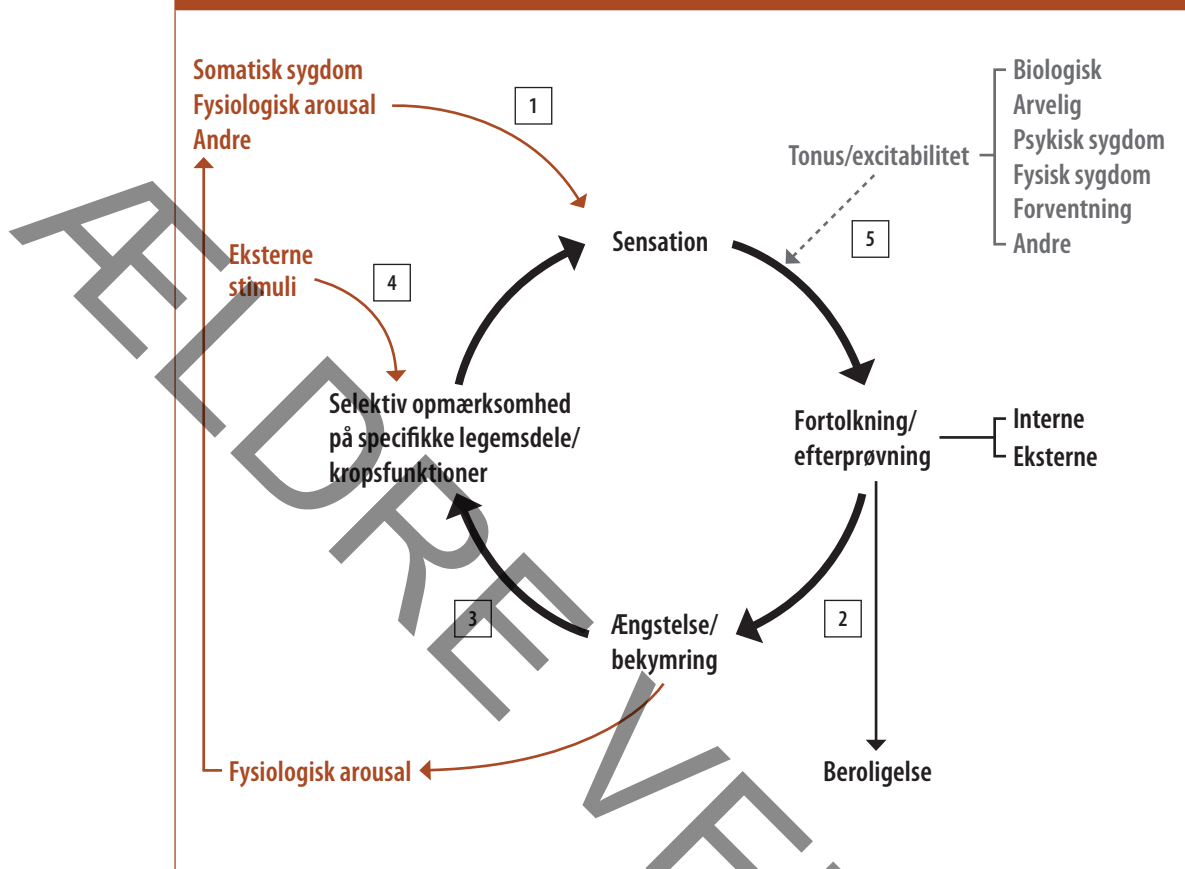
Alle mennesker oplever kropslige sensationer fra naturlige fysiologiske processer, og mange har også symptomer i den forstand, at de overvejer de sansede signaler som mulige tegn på sygdomsprocesser. Således angiver op mod 80 % af voksne danskere, at de har oplevet sensationer i løbet af 2 uger²⁶.

? Hvordan tolker vi vores symptomer?

Det er primært vores egen tolkning, der har betydning for, hvornår vi opfatter noget som en almindelig kropsfornemmelse, og hvornår vi opfatter det som et tegn på en sygdom, som vi søger behandling eller læge for. I figur 2 (side 19) ses en grundmodel for, hvordan mennesket perciperer og fortolker legemlige sensationer og symptomer²³.

En række forhold som fx nytilkommen sygdom eller angstudløst fysiologisk arousal kan give anledning til legemlige sensationer [1]. Disse sensationer kan føre til yderligere ængstelse eller beroligelse afhængigt af, hvordan de fortolkes af det enkelte individ [2]. 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 tidligere sygdomme, som fx influenza, vil også blive en del af individets interne referenceramme. Når der opstår nye, ukendte sensationer, søges informationer ved eksterne kilder. Disse kilder kan være familiemedlemmer, kolleger, bøger, TV, 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 og/eller organer [3]. Hvis patientens fortolkning giver anledning til bekymring, opstår yderligere arousal, som kan forstærke de kropslige sensationer [1].

Figur 2. Symptomperception og sygdomsopfattelse
 Forklaring med reference til numrene findes i teksten.



Udefrakommende oplysninger om en sygdom, fx fra en avis eller TV, kan udløse, at en person ændrer opfattelse af kendte kropslige sensationer, så disse pludselig tolkes som sygdomstegn [4].

Endelig har en række forhold – som tidligere eller bestående sygdom, genetisk arv mv. – betydning for tonus i perceptionscirklen, således at en person kan være mere eller mindre følsom for, at sensationer igangsætter fortolkningsprocesser [5]^{23;27}.

? Hvad betyder familiehistorien?

Eftersom 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, og patientens sygdomsopfattelse undersøges ved at spørge til hvert af disse 5 områder²⁸.

Sygdomsopfattelsens hovedelementer

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?”

Konsekvens: 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?”

Det er i øvrigt en udbredt fejlopfattelse, at patienter med funktionelle lidelser er rigide i deres overbevisning om, at de har en somatisk sygdom. Det kan gælde for en lille gruppe af de sværest syge. Imidlertid viser flere undersøgelser, at patienterne generelt har flere samtidige forståelser af deres problemstilling, som inddrager såvel biologiske som psykologiske og sociale forhold²⁹.

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 (se boks side 27) og få behandlet deres sygdom^{28;30;31}.

? 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 mellem almindelig sygdomsbekymring og helbredsangst?

Grænsen bygger på en klinisk vurdering. Der er 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.

Vedligeholdende og forstærkende faktorer

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

Anbefaling	Faktorer i sundhedsvæsenet
A	Biomedicinsk udredning (udover en fokuseret klinisk undersøgelse) og behandlingsforsøg kan øge sygdomsbekymring og påføre patienten skader.
A	Passiv behandling.
☒	Manglende specifikke behandlingstilbud.

Anbefaling	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 forløb³²⁻³⁴.

Som anført i det foregående kapitel har patientens sygdomsopfattelse både betydning for forløbet^{35;36} og for sygdomsadfærden. Hyppige kontakter til sundhedsvæsenet og forskellige behandlere øger risikoen for iatrogen skade og kan være medvirkende til udvikling af kroniske funktionelle lidelser³⁷⁻³⁹.

Derudover har patientens forventninger til forløbet betydning, således at positive forventninger fremmer helbredelse, mens negative forventninger kan medvirke til sygeliggørelse⁴⁰⁻⁴².

Faktorer i sundhedsvæsenet

En sygdomsdiagnose giver forklaringer og handlemuligheder⁴³, mens manglende diagnose skaber usikkerhed hos både patient og læge – men selv når diagnosen funktionel lidelse er stillet, henvises patienterne fortsat til uhensigtsmæssige somatiske udrednings- og behandlingsforsøg⁴⁴. Der ligger i øvrigt et paradoks i, at usikkerhed skaber behov for flere undersøgelser, som igen skaber mere usikkerhed⁴⁵.

Hvis patienten ikke føler sig hørt eller taget alvorligt, ser man typisk en præsentation af flere eller kraftigere symptomer⁴⁶, og jo mere fokus der er på symptomer under konsultationen, desto større sandsynlighed er der for, at lægen håndterer problemstillingen ud fra en snæver biomedicinsk vinkel⁴⁷.

Nogle læger anvender somatiske undersøgelser for at kunne berolige patienter med negative fund. Somatiske udredninger – udover en almindelig, fokuseret klinisk undersøgelse – og biomedicinske behandlingsforsøg kan imidlertid bidrage til øget sygdomsbekymring⁴⁸, især hos patienter med helbredsangst, angst eller depression^{33,49}. Det er vigtigt at sikre en god formidling om forventede resultater og forløb forud for evt. biomedicinsk udredning⁵⁰⁻⁵².

Passiv behandling som smertestillende medicin og 'diagnostiske skinmanøvrer' kan resultere i flere symptomer med mere bekymring til følge. Fejlagtig rådgivning fra behandlere kan desuden forstærke en evt. indlært undgåelsesadfærd⁵³.

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 katebald mellem forskellige behandlere.

Konsekvenserne af iatrogene skader er anført i kapitlet om komplikationer, side 38.

? 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, side 14).

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 medvirker desuden til en ikke-optimal ad hoc-behandling i

almen praksis og somatiske specialafdelinger. Endelig har mange læger en sparsom viden om funktionelle lidelser og mangler erfaring i at diagnosticere og behandle disse lidelser.

Faktorer i omgivelserne og samfundsmæssige forhold

I 2003 indførtes arbejdsevnetmetoden i dansk sociallovgivning. Intentionen var, at der skulle fokuseres på ressourcer og funktionsevne frem for begrænsninger ved tildeling af ydelser. Imidlertid viser en nyere undersøgelse, at det stadig forholder sig således, at sygdom og dertil hørende diagnoser er helt afgørende⁵⁴. Både patient og læge kan derfor blive ført ind i en adfærd, hvor der søges efter objektive tegn på eller beviser for sygdom⁴³. Mindre synlige tilstande som fx fibromyalgi kan give anledning til manglende forståelse fra omgivelserne, mistro og stigmatisering⁵⁵ (se kapitel om sociale relationer, side 35). På den anden side viser flere studier, at muligheden for at opnå økonomisk kompensation ved sygefravær pga. ryglidelser øger risikoen for langtidssygemelding⁵⁶.

Der er kulturelle forskelle mht., hvilken forståelsesramme patienternes symptomer sættes ind i. Der er således stor kontrast imellem fx England og Brasilien, idet invaliderende træthed i Brasilien i høj grad opfattes som konsekvens af livsvilkår, mens der i England er behov for en biomedicinsk forklaringsmodel⁵⁷.

Også medierne spiller en rolle. Ofte er der fokus på forsinket diagnostik af fx kræft, fejlbehandling og potentielle forsikringssager. 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 individer⁵⁸.

Behandling og visitation

Anbefaling	
A	Behandlingen bør følge et <i>stepped care</i> princip, som bygger på samarbejde mellem praktiserende læge og psykiater.
A	Kognitiv adfærdsterapi udført af specialister har dokumenteret effekt.
A	Kognitivt orienterede behandlingsmodeller udført af praktiserende læger reducerer forbruget af sundhedsvæsenets ydelser.
A	Farmakologisk behandling har effekt ved svære funktionelle lidelser.
C	Forebyg unødigt 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?

De fleste patienter med funktionelle lidelser profiterer af behandling, men valget af behandlingsindsats afhænger af, hvor patienten befinder sig i sygdomsspektret. De fleste patienter henvender sig med lette funktionelle lidelser, 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 lidelser bør samlet set tage udgangspunkt i en *stepped care*-tilgang, hvor man skal forsøge at afgrænse på hvilket specialiseringsniveau, patienten behandles bedst (figur 3)^{59,60}. Her indgår både overvejelser om patientens risikoprofil – vurderet ud fra sværhedsgrad og kompleksitet af tilstanden – og overvejelser om den praktiske gennemførlighed bl.a. baseret på, hvad der er acceptabelt for patienten, tilgængelige ressourcer og egen læges kompetence på området. Hvor meget af behandlingen,

Figur 3. Stepped care i sundhedsvæsenet

Hertil kommer rehabiliteringsindsatser mv. efter sociallovgivningen
(se afsnit om det socialt-lægelige samarbejde, side 54).



den praktiserende læge har ansvar for, afhænger således både af lægens forudsætninger og af tilgængeligheden af andre behandlingsmuligheder i det geografiske område. Det er overordentlig vigtigt, at lægen er bevidst om, hvilken opgave han/hun har i behandlingen.

Hertil kommer rehabiliteringsindsatser mv. efter sociallovgivningen (se afsnit om det socialt-lægelige samarbejde, side 54).



Hvordan forebygges udvikling og forværring af funktionelle lidelser?

Lægens tilgang til en patient, der henvender sig med symptomer, kan være afgørende for, hvordan forløbet bliver^{61,62}. Udredninger og behandlingsforsøg kan øge bekymring, sygeliggørelse og lægesøgning (se kapitel om vedligeholdende og forstærkende faktorer, side 22)⁶³. Lægen bør derfor håndtere problemstillingen bredt og ikke kun ud fra en snæver biomedicinsk tilgang⁶⁴. Det er særlig vigtigt også 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 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 uhensigtsmæssigt at foretage biomedicinske udredninger alene for at berolige patienten^{33,48}. I stedet anvendes kvalificerende forklaringer og normalisering⁶⁵.

Kvalificerende forklaringer er forklaringer, der inddrager patientens sygdomsforståelse, er meningsfulde for patienten og understøtter egen mestring.

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 tilstande.

Også patienter med kroniske funktionelle lidelser har behov for kvalificerende forklaringer og for dialog omkring sygdomsforståelse og forventninger samt information om, hvad funktionelle lidelser er (se afsnittet: Her kan du finde flere oplysninger, side 58). Mange har desuden behov for emotionel støtte²⁸. Hos patienter med et stort forbrug af sundhedsydelser 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 lægevagt, skadestue, alternativ behandling mv.

? Hvordan behandles funktionelle lidelser?

Der er fundet god effekt af psykologisk behandling, specielt kognitiv adfærdsterapi⁶⁶. Dette gælder såvel ved helbredsangst som ved andre funktionelle lidelser og syndromer som fx kronisk træthedssyndrom, fibromyalgi og irritabel tyktarm^{2;19;60;67-70}. Disse behandlingsformer er primært udviklet og afprøvet i specialiseret regi^{68;70-77}, og resultaterne kan ikke uden videre overføres til almen praksis^{78;79}.

I almen praksis anbefales modeller, der tager afsæt i kognitiv terapi, men er tilpasset primærsektoren, fx den danske TERM-model (*The Extended Reattribution and Management model*). TERM-modellen er på en gang en model for konsultationsprocessen og for behandling af funktionelle lidelser. Disse modeller ser ud til at mindske forbruget af sundhedsydelser og forbedre patienttilfredshed, mens en forbedring af patienternes helbred udover 3 mdr. ikke er dokumenteret^{1;80-86}.

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 samtidig biologisk, psykologisk og social tilgang til patientens problemstilling med udgangspunkt i nedennævnte forhold, som er taget fra første del af TERM-modellen¹.

Konsultationens trin 1 (patientens del)

At skabe forståelse og sikre en bio-psyko-social tilgang

- Uddyb symptomanamnese
- Uddyb signaler om emotionelle problemer
- Spørg til angst- og 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

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. Man bør samtidig være opmærksom på at forebygge forværring eller fremtidige funktionelle lidelser frem for at medvirke til sygeliggørelse.

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^{72;87}.

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 sygdomsfase) 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 blå lamineret ark).

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.

Behandlingsprincipper med udgangspunkt i kognitiv terapi

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 vedvarende alarmberedskab og producerer flere symptomer end normalt. Der anvendes et symptomregistreringsskema (se bilag 4) bl.a. til synliggørelse af variation i symptomoplevelser og for at give afsæt til arbejdet med alternativ forståelse og adfærd. Til sidstnævnte 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*)⁷⁰.

Nye metoder som mindfulness terapi og Acceptance and Commitment Therapy (ACT) kan have effekt, men dokumentationen er p.t. mangelfuld⁸⁸.

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 2 (se kapitel om patientens sygdomsopfattelse, side 18), og i arbejdet med alternative forklaringer kan man anvende den kognitive grundmodel ved funktionelle lidelser (se bilag 4).

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 lidelser (se side 31 og rødt lamineret ark).

? 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 syndrome* eller helbredsangst, mens symptombehandling sjældent er indiceret.

I svære tilfælde af funktionelle lidelser kan antidepressiva (SNRI, TCA) være effektive også hos patienter, der ikke er deprimerede^(67;89-93). Ved funktionelle lidelser retter den psyko-farmakologiske 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 effekt⁹³. Ved svær helbredsangst er der dokumenteret effekt af SSRI⁷³. I nogle tilfælde kan det være indiceret med specifik symptombehandling, fx med motilitetsmodificerende midler ved colon irritabile⁹². *Undgå* vanedannende medicin som fx stærke analgetika og benzodiazepiner.

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.

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 en forværring af den funktionelle tilstand frem for tegn på en ny sygdom.
- Anvend specifik terapi og overvej henvisning til specialiseret behandling.

Psykofarmakologisk

- Overvej behandling med psykoaktiv medicin (primært antidepressiva) ved svære tilfælde.
- Undgå vanedannende medicin.
- Overvej medicin, der kan serummoniteres af hensyn til compliance og følsomhed overfor bivirkninger.
- Start med mindre dosis end sædvanligt, øg langsomt og vær stoisk overfor 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 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.

Ved farmakologisk behandling bør der tages hensyn til, at patienter med funktionelle lidelser ofte er mere følsomme overfor bivirkninger, og man bør starte med lavere dosis end normalt (*start low – go slow*). Ligeledes bør man overveje at vælge stoffer, der kan serummonitoreres af hensyn til vurdering af bivirkninger og compliance. Som ved anden medicinsk behandling skal medicinen seponeres ved manglende effekt. For antidepressiva vil det sige efter 3 mdr. Der mangler viden om, hvor længe man bør vedligeholde behandlingen ved behandlingseffekt.

? **Hvordan håndteres 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 håndteres 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 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 overfor medicinbivirkninger.

Læge-patient-relationen

Anbefaling	
B	Rigide forklaringsmodeller og økonomiske kompensationssystemer 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 afviser lægens forklaringer og autoritet, giver det selvsagt ikke et godt udgangspunkt for en konsultation⁹⁴. Patienter med vedvarende bekymring kan også give problemer i læge-patientforholdet, idet uafklarede bekymringer skaber forventning om flere undersøgelser og henvisninger³⁶.

Studier af patienter med kroniske rygsmerter har vist, at muligheden for at opnå økonomisk kompensation er forbundet med en dårlig prognose for lidelsen⁹⁵. Verserende erstatningssager kan bevirke, at lægen kommer i konflikt med sig selv og sin rolle som henholdsvis patientens advokat, der skal hjælpe patienten til at få erstatning, og patientens sundhedsprofessionelle, der skal fremme helbredelse.

En australsk interviewundersøgelse af patienter med whiplash syndrom tyder på, at patientens lidelse i forbindelse med traumet ofte undervurderes af lægen, og at en støttende relation mellem læge og patient i sig selv fremmer helingen⁹⁶.

? Hvordan opbygges en god relation til patienten?

Anerkendelse af patientens subjektive lidelse er en forudsætning for en god relation (se også kapitel om behandling og visitation, side 25)¹.

Håndteringen af svær *bodily distress syndrom* som kronisk lidelse med bevidst professionel adfærd inklusive regelmæssige konsultationer udgør en nødvendig ramme for læge-pa-

tient-relationen. Effektiv behandling kræver samarbejde mellem læge og patient. Det er vigtigt at få bekymringerne udtrykt og præciseret, så man kan gå i dialog om dem³⁸.

? Hvordan håndteres 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 udredningsprogram⁴⁴. Lægen bør levere god, saglig information om det forventede forløb og løbende delagtiggøre patienten i planer, overvejelser og forventede resultater.

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 indledes⁹⁷.

? Hvordan dæmpes lægens usikkerhed?

Undersøgelser tyder på, at lægens usikkerhed dæmpes, hvis han/hun bliver bedre til at forstå patientens perspektiv⁹⁶.

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 usikkerhed⁹⁸.

Patientens sociale relationer

Anbefaling	
B	Helbred og dødelighed er associeret med sociale relationer.
B	Gode sociale relationer hæmmer udvikling af funktionelle lidelser.
B	Arbejdsløshed øger risikoen for funktionelle lidelser, 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 lidelser⁹⁹.

Associationen mellem sociale relationer og helbred er stærk^{100;101}. 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 kan belastende relationer øge risikoen for psykisk sygdom¹⁰¹.

? Hvad betyder helbredet for de sociale relationer?

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

Lav fysisk funktionsevne og depressive symptomer er nogle af de vigtigste faktorer, mens selv vurderet helbred og alvorlig sygdom betyder mindre. Svære funktionelle lidelser som fx fibromyalgi-symptomer kan betyde ødelagte relationer, social isolation samt nedsat funktionsevne både i forhold til erhverv, dagligliv og fritidsaktiviteter¹⁰².

Manglen på diagnose og legitimitet ved funktionelle lidelser skaber usikkerhed og angst, og jagten på en diagnose kan medføre social isolation^{103;104}.

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 situationen¹⁰⁵. Baggrunden for et godt mentalt helbred er balance i sociale relationer, i hjemmeliv samt i arbejdsmæssig sammenhæng (kontrol og støtte)¹⁰⁶. Utilstrækkelig social støtte og lav indkomst er fx risikofaktorer for udvikling af depression hos yngre kvinder med kronisk træthedssyndrom¹⁰⁷.

Arbejdsløshed øger risiko for funktionelle lidelser og depression for begge køn, uafhængigt af socialt netværk¹⁰⁸.

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 livsbegivenheder¹⁰⁹, herunder arbejdsløshed¹⁴. 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 normalbefolkningen¹¹⁰.

Kortlægning af og viden om patientens sociale relationer er vigtig 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^{108;109;111} og være opmærksom på familiens muligheder for at give praktisk og emotionel støtte i forbindelse med sygdom¹¹².

Ved arbejdsløshed kan læger medvirke til at øge opmærksomheden på sundhedseffekterne hos den berørte og påvirkningerne af hele familien¹¹³.

Lægen har – udover at varetage den medicinske behandling – en vigtig rolle med at formidle adgang til psykologisk bistand, sagsbehandling og jobservice, når det er nødvendigt¹¹³.

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 situation¹¹⁴.

Omgivelsernes rolle

Manglende forståelse og følelse af stigmatisering er et udbredt fænomen^{55;115;116}. Større kendskab til sygdommen samt støtte fra omgivelserne er nøglefaktorer til at opnå følelse af kontrol og accept for patienterne¹¹⁶. Fx oplever patienter med fibromyalgi ofte mistro og stigmatisering fra både de nærmeste, kolleger, sundheds- og socialsystemet⁵⁵. Dette sker dels i form af overbeskyttelse, fornægtelse og belæring, dels som mangel på støtte og anerkendelse, og begge dele påvirker sygdomsforløbet negativt⁵⁵. 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 år²⁵.

Komplikationer

Anbefaling	
B	Potentielt skadelige undersøgelser og behandlinger er almindeligt forekommende hos patienter med funktionelle lidelser.
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 udover 8 uger.

Forebyggelse er vigtig både ved lette og svære funktionelle lidelser (se kapitel om behandling og visitation side 25). Patienter med lette-moderate funktionelle lidelser 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 patienten iatrogen skade og unødigt forlængelse af sygdomsforløbet.

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 foretaget billeddiagnostisk udredning¹¹⁷.

Der foreligger mange kasuistikker over komplikationer til udredning og behandling, men kun få opgørelser på området. En undersøgelse fra 1992 i Danmark viste, at patienter med gentagne indlæggelser pga. funktionel lidelse blev udsat for flere kirurgiske indgreb og fik næsten lige så meget farmakologisk behandling, som patienter med somatiske sygdomme. Oftest blot med bivirkninger til følge³⁹. Som eksempler på iatrogene skader kan

nævnes, at gentagne intraabdominale indgreb kan resultere i adhærencedannelser¹¹⁸, 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 forandringer¹¹⁹.

Endelig bidrager lange ventetider og regler for økonomisk kompensation til sygeliggørelse. Det gælder foruden i sundhedsvæsenet også i det sociale system og i evt. forsikringsager^{95;120;121}. *"If you have to prove you are ill, you can't get well"*²⁶.

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 sygdom³⁴. 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 råd¹²². Funktionsevnetab og sygemeldinger er medvirkende til udstødelse fra arbejdsmarkedet og udvikling af social isolation.

Prognose

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

Ubehandlet vil 50-75 % af patienter med legemlige symptomer få det bedre, mens 10-30 % af patienterne vil opleve en forværring over tid¹²³. Det, der bedst forudsiger fortsat symptomvarighed, er en initial varighed på mere end 4 uger, inden problemet præsenteres samt muskel- og skeletklager ved debut¹²⁴. Der er nogen evidens for, at jo flere og sværere fysiske symptomer patienten oplever ved første henvendelse, desto dårligere er prognosen¹²³.

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^{8;123}.

? 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 blåt lamineret ark), forbrug af sundhedsydelser og mål for funktionsevne. En sådan monitorering kan indgå som en del af en statuskonsultation.

Funktionelle lidelser hos børn og unge

Anbefaling	
B	Symptombilledet hos yngre børn er ofte mono- eller oligo-symptomatisk 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), 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 og unge særlig betydning for symptomhåndtering, kontakt til sundhedsvæsenet, forbrug af sundhedsydelser og adfærdssændringer.

? Hvor hyppige er symptomer og funktionelle lidelser blandt børn og unge?

I skolealderen klager ca. 1 ud af 10 børn over tilbagevendende generende legemlige symptomer¹²⁵. Hos 5-7-årige danske børn er 1-års-prævalensen af forælderreporterede symptomer med funktionsevnepåvirkning 4,4 %¹²⁶. Hos specielt større børn og unge ses en højere forekomst hos piger end hos drenge. Der er ingen tal for, hvor mange børn og unge med funktionelle lidelser, der ses i almen praksis i Danmark. I førnævnte danske undersøgelse af 5-7-årige havde 31 % af børnene haft lægekontakt gennem det seneste år pga. symptomerne.

? Hvordan er det kliniske billede hos børn og unge?

Funktionelle lidelser hos børn og unge optræder, som hos voksne, indenfor et spektrum af lette, ofte forbigående, symptomer til lidelser med kroniske og invaliderende symptomer med udtalt funktionsevnepåvirkning^{125;127-129}.

Imidlertid opfylder funktionelle lidelser hos børn sjældent ICD-10 kriterierne for somatoforme tilstande, og i stedet anvendes ofte uspecifikke symptom-diagnoser¹³⁰. Helbreds-

bekymring 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.

I modsætning til børn opfylder unge med funktionelle lidelser oftere ICD-10 kriterierne for de somatoforme tilstande. Denne aldersgruppe præges også hyppigere af dissociative tilstande og forstyrrelser i form af fx kramper, bevægelsesforstyrrelser og sanseforstyrrelser, herunder blindhed.

? **Hvad betyder familien?**

Funktionelle 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, depression og misbrug har en højere forekomst af legemlige symptomer¹²⁵, og at børn kan involveres i gentagne lægebesøg pga. forældrens sygdomsbekymring¹³¹. I nogle tilfælde er komplicerede familiemønstre i familien forværende, vedligeholdende eller inducerende i forhold til funktionelle lidelser hos barnet. Det kan dreje sig om en ufleksibel sygdomsforståelse, fx i form af vedvarende overbevisning om en biomedicinsk forklaring – på trods af talrige negative undersøgelsesresultater – vedvarende sygdomsbekymring eller en dysfunktionel sygdomsadfærd, som fx at barnet støttes i inaktivitet og skolefravær ved symptomer.

Der er således 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 lidelser hos børn, men er uspecifikke faktorer, da de også disponerer til psykiske sygdomme.

Børn med en sårbar psykisk konstitution (ængstelige, følsomme, samvittighedsfulde) synes særligt påvirkelige af de nævnte forhold. Som sårbarhedsfaktorer – specielt i forhold til dissociative fænomener hos unge – kan tillige nævnes kognitive vanskeligheder, svære sociale belastninger og tilknytningsvanskeligheder.

? **Hvordan skal børn og unge udredes?**

Der findes ikke et valideret udredningsprogram til børn og unge. I den foreliggende litteratur anbefales¹³²⁻¹³⁴:

- 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 forældrerapportering og barnets/den unges 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.

- Andre relevante anamnestiske oplysninger vil være barnets tidlige fysiske og psykiske udvikling og konstitution, familieforhold (fx forældrekonflikter, misbrug, psykisk sygdom, handicappet bror eller søster), aktuelle belastende begivenheder, tab, sygdom og eventuelle skoleproblemer (fx indlæringsproblemer, mobning).
- 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 kreatinin), levertal, thyreoidea-prøver (TSH), fasereaktanter (CRP/SR) og evt. kreatinin-kinase, såfremt klinikken giver mistanke om en muskelsygdom som differentialdiagnose. Desuden undersøges urin for protein og glukose.

Stillingtagen til behov for eventuel kognitiv udredning.

Anamnestiske oplysninger, der kan tale for, at symptomer 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 lidelser 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 i 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 for funktionel lidelse.

? Hvordan skal børn og unge behandles?

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

Lette til moderate funktionelle symptomer/lidelser

Beroligelse og normalisering med 'navngivning' og kvalificerende forklaring af symptomerne¹³³. Det skal understreges, at symptomerne ikke nødvendigvis forsvinder. Barnet og forældrene opmuntres til at fokusere på normale aktiviteter og adfærd for at styrke deres symptomnæring. 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^{132,134}.

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 børne- og ungdomspsykiatrisk indsats. Der findes ikke evidensbaserede retningslinjer for specifik behandling, men familiebaseret kognitiv adfærdsterapi er vist effektiv for flere funktionelle lidelser hos børn og unge¹³⁵. 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 depression¹³². Iværksættelse af behandlingen er hos børn og unge en specialistopgave, mens vedligeholdelsesbehandling kan varetages af den praktiserende læge i samråd med en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

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 og unge kommer til lægen og ikke mindst, når funktionelle lidelser er problemet, skal lægen sikre sig, at barnets/den unges sundhed og udvikling ikke er truet, alternativt om der skal foretages underretning til kommunens børne-ungeudvalg.

Funktionelle lidelser hos ældre patienter

Anbefaling	
B	Med alderen ses en stigende forekomst af somatisk sygdom.
☒	Andre vigtige differentialdiagnoser – de 5 D'er: • Demens • Delir • Depression • Droger/medicinvirkninger • Druk.
☒	Symptomer kan ofte afhjælpes ved en kombination af psykisk støtte, fysisk aktivitet, sociale foranstaltninger og 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 sygdomme²⁶. Oftest optræder begge komponenter samtidigt, men i vekslende grad. Vurderingen af funktionelle lidelser 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 sygdomssymptomatologi ofte atypisk. Fx 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.

Oftest overses eller fejldiagnosticeres psykiske sygdomme hos ældre. Psykosociale problemer som fx tab af ægtefælle kan provokere legemlige og psykiske symptomer eller depression. Bivirkninger af medicin og symptomer ved en række psykiske sygdomme kan fejltolkes som funktionel lidelse.

? 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 og fordrer sjældent behandling. Det kan dreje sig om hovedpine, træthed, inaktivitet eller appetitløshed.

Legemlige symptomer hos ældre bør altid give anledning til en grundig somatisk udredning og behandling. Overvej test for demens, depression og angst (se kapitler om differentialdiagnostik og udredning, side 14 og 17).

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 kapitel om behandling og visitation, side 25.

Funktionelle lidelser hos patienter med anden etnisk baggrund end dansk

Anbefaling	
B	Sygdomsforekomster varierer med race, arv og geografisk afstamning.
B	Ukarakteristisk symptompræsentation er ikke ensbetydende med fravær af somatisk eller psykisk sygdom, og en grundig og relevant klinisk undersøgelse er nødvendig.
C	Anvend professionel tolk ved sprogbarrierer.
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, kroppsfunktioner, og sygdomsårsager; på tolkning af kroppsforannelser 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 ¹³⁶⁻¹³⁸.

? Hvordan inddrager du patientens baggrund i den tværkulturelle behandlingssituation?

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, vær ikke bange for at uddybe, hvad der er uforståeligt, og gør det i en atmosfære af respekt for patienten ¹³⁹.

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 sprogbarrierer, er det

vigtigt at være sig bevidst, at patientens anden etniske 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 rollen 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 bekymringer¹⁴⁰.

Følgende er med udgangspunkt i amerikanske anbefalinger (DSM-IV's *Cultural Formulation*) forslag til, hvorledes man med fordel kan spørge til og sikre en fælles forståelse som led i behandlingen af din patient med anden etnisk baggrund end dansk¹⁴¹⁻¹⁴³. Spørgsmålene supplerer spørgsmål i konsultationens trin 1 fra TERM-modellen (se side 28).

Spørg til patientens egne udtryk for og forklaringer på sygdom

- Hvad er det for helbredsproblemer, du har?
- Hvornår og hvordan begyndte dine helbredsproblemer?
- Hvor alvorlige synes du, dine helbredsproblemer er?
- Hvilke ord plejer du at bruge om dine helbredsproblemer, når du taler med din familie eller venner?
- Hvad tror du, der kan være årsag til dine helbredsproblemer?
- Hvordan forklarer du det?
- Hvilke andre forklaringer kunne der være?
- Hvordan ville du forklare dine helbredsproblemer i dit oprindelsesland?

Spørg til legemlige symptomer

- Har du mærket ændringer i din krop i relation til dine helbredsproblemer?
- Fx: Har du smerter? I så fald hvor?
- Hvad mener du, disse smerter kan skyldes?
- Hvordan ser du på sammenhængen mellem dine smerter og dine helbredsproblemer i øvrigt?
- Hvornår er dine smerter værst?
- Hvornår er de mindst til stede?
- Hvad gør du for at mindske dine smerter?

Spørg til forventninger til behandling

- Hvad vil du gerne have hjælp til?
- Hvilke forventninger har du til behandlingen?
- Hvilke forventninger ville du have til behandling i dit oprindelsesland?
- Kender du nogen, som har haft lignende helbredsproblemer som dig?
- Hvilken hjælp mener du, de har fået?

- Man kan på forskellig vis søge hjælp for sine helbredsproblemer. Har du søgt hjælp andre steder end i det danske sundhedsvæsen?
- Hvad har hjulpet dig bedst?
- Hvilken slags behandling vil du foretrække at få nu?

? Hvad skal man være særlig opmærksom på ved udredning og behandling?

Symptomtolkning

Selv om symptompræsentationen forekommer ukarakteristisk for behandleren, kan præsentationen godt være 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 få afklaret med patienten, hvor det gør ondt.

Samtidig indsamles væsentlige diagnostiske oplysninger: Kan smerterne fx reproduceres ved palpation, ledes tanken hen 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. Hvis den kliniske undersøgelse afdækker et helbredsproblem, fx smerte ved palpation af muskelfæsterne i nakken eller forsøg på at dreje hovedet til den ene side, kan lægen ved hjælp af anatomiske tavler prøve at forklare sammenhængen mellem smerten og musklernes bevægelighed og dermed få et bedre afsæt for at tale om behandlingen.

Differentialdiagnostik og komorbiditet

En patient kan have mere end én diagnose, og sygdomsforekomsten kan variere blandt patienterne. 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 parasitære sygdomme). Også arvelige forhold kan have en anden betydning i og med, at visse indvandrergupper har tradition for ægteskaber blandt nært beslægtede (type 2-DM, udviklingsforstyrrelser, familiær midelhavsfeber og hæmoglobinopater), ligesom hudfarve og tradition kan have betydning for tilstedeværelse af evt. D-vitaminmangel¹⁴⁴. Som hos andre patienter skal man være

opmærksom på den høje komorbiditet med psykiske lidelser som fx angst, depression og posttraumatisk belastningsreaktion.

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.

Almen praksis' relationer til sundheds- og socialvæsen

Sundhedsvæsenets organisation og almen praksis' rolle

Anbefaling	
☒	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 patienter med svære funktionelle lidelser.
☒	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 lidelser, kan problemet håndteres af egen læge¹. Men ved nogle af de svære funktionelle lidelser kan patienten samtidig 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 udredning, behandling, forløb og 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 aktuelt kun findes et yderst begrænset specialiseret behandlingstilbud¹⁴⁵. Endvidere har patienter med multiple symptomer af usikker genese stor risiko for at bliver udredt sekventielt ved forskellige medicinske specialer for ét symptom ad gangen. Kommunens rehabiliteringsindsatser afventer ofte, at sygdom 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 (se afsnit om det socialt-lægelige samarbejde side 54)^{34,146}.

? 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 formentlig forebygge yderligere udvikling af en funktionel lidelse. Hertil kommer, at lægen kan forebygge sygeliggørelse i de mange tilfælde, hvor personer søger læge pga. symptomer. Endelig er det kun lægen, der kan afgøre, om lægelige behandlingsmuligheder er udtømte, og om tilstanden ud fra en biomedicinsk vurdering er stationær.

? 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^{59;60}. Psykolog eller psykiater med ekspertise og uddannelse på området er et godt supplement i behandlingen specielt ved helbredsangst.

? Hvordan er samarbejdet med arbejds- og socialmedicinere?

Patienter med funktionelle lidelser har ofte problemer med at få hverdagslivet til at hænge sammen, hvorfor behandlings- og rehabiliteringsindsatser må koordineres og ofte foregå sideløbende.

Rehabilitering er primært kommunernes opgave og har fokus på både patientens kompetencer og omgivelser, herunder arbejdspladsen. Hvor det er muligt, indgår arbejds- og socialmedicinere som specialister, der sikrer et optimalt samarbejde mellem det regionale sundhedssystem og kommunen, idet de har indsigt i opgaver og hjælpemuligheder begge steder.

? 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 unødigt 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 sociale sektoren og samfundet i øvrigt.

Situationen er i dag den, at almen 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.

? **Hvordan håndteres 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 og evt. pårørende 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 uheldsmæssige 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 sygdomme¹⁴⁷. 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

Anbefaling	
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 jobcenter, familieafdeling og voksen-handicapafdeling. 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 for patienten og sagsbehandleren om 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 sygemelding og arbejdssevne.

I 2013 blev der indført en reform af førtidspensions- og fleksjobreglerne. Som udgangspunkt vil personer under 40 år ikke få tilkendt førtidspension. I stedet skal kommunen tage stilling til, om der er tale om komplekse problemer, som kræver en helhedsorienteret indsats gennem et ressourceforløb for at udvikle funktionsevnen. Fleksjob kan beviliges ned til få timer om ugen, og bevilges for 5 år ad gangen for personer under 40 år.

Kommunerne skal arbejde på tværs af afdelinger og oprette rehabiliteringsteams, der skal trække på sundhedsfaglig bistand fra regionen. Den praktiserende læge vil i sager, der skal forelægges rehabiliteringsteamet, få tilsendt en anmodning om en lægeerklæring, LÆ265, som spiller en central rolle i sagsbehandlingen. Hvis borgeren får tildelt et ressourceforløb, vil vedkommende modtage en økonomisk ydelse på størrelse med kontanthjælp under forløbet.

Socialrådgiveren i jobcentret skal følge op på, om en sygemeldt borger – uanset forsørgelsesgrundlag – kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Borgeren har på sin side pligt til at medvirke til at blive rask, fx gennem behandling som har klar betydning for arbejdsevnen. Er borgeren eller socialrådgiveren i tvivl om helbredsforholdene er forenelige med en plan eller aktivitet, skal den praktiserende læge eller en speciallæge spørges. En sygemeldt borger kan ikke pålægges en behandling, som læger er enige om er forbundet med en vis risiko.

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 indenfor 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. Hvilken type attest, kommunen anmoder om, vil afhænge af, hvor borgeren befinder sig i sagsbehandlingsprocessen. 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:

- Hvilken diagnose er der tale om (evt. flere diagnoser)?
- Er der andre forhold end de rent helbredsmæssige, der har betydning for funktionsevnen?
- 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 overfor 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?

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.

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.

? 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 forløb, der kan udvikle funktionsevnen, anføres det i lægeattesten. 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 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 fremmede for processen.

Kvalitetssikring

Kvalitetssikring og indikatorer

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. Det gælder såvel overordnet, hvor man bør følge et *stepped care*-princip med indbygget supervision, som i de konkrete patienttilfælde, hvor patienten bør sikres et sammenhængende forløb.

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 blå lamineret ark) 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. Endelig tyder en ny undersøgelse på, at det kan være brugbart at have særlig opmærksomhed på patienter, der har haft og søgt læge for 3 eller flere forskellige symptomer indenfor et halvt år¹⁴⁸.

På baggrund af ovennævnte har DAK-E udviklet to kvalitetsrapporter, som er relevante for denne vejledning:

- Hyppige brugere (en rapport til alle)
 - Multiple symptomer og funktionelle lidelser (en rapport til sentinellæger)
- Anonymiserede rapporter kan ses på www.dak-e.dk under datafangst-demo.

Du finder dine egne rapporter på www.dak-e.dk: DINE KVALITETSDATA

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. Heri kan indgå forskellige uddannelsestilbud:

- Der er i samarbejde med Lægeforeningen lavet et e-læringsprogram om funktionelle lidelser.
- Der foreligger et velbeskrevet kursuskoncept, hvor man går i dybden med udredning og behandling af funktionelle lidelser ved brug af TERM-modellen, og hvor læringsmetoder i form af formidling, refleksion, øvelser og videosupervision anvendes¹⁴⁹.
- Der findes ekspertise på området bl.a. ved Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital. Man vil her kunne få yderligere informationer samt kontakt til undervisere i hele landet (www.funktionellelidelser.dk).
- Kvalitetsrapporter fra DAK-E kan anvendes til læring såvel i egen praksis som i den decentrale gruppebaserede efteruddannelse.

Udover tilbud målrettet funktionelle lidelser, findes en række generelle kurser om kognitiv adfærdsterapi mv., som kan være relevante.

Her kan du finde flere oplysninger

Information til fagfolk

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

- *Funktionelle lidelser – udredning og behandling*. Red. P. Fink, M. Rosendal. Munksgaard 2012
- *Psykiatri i Almen Praxis*. 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
- *Belastningsrelaterede, dissociative og somatoforme samt relaterede tilstande*. P. Fink. I Klinisk psykiatri (s 481-518), 3. udg., Munksgaard 2009.
- *Kognitiv terapi ved somatoforme tilstande*. A. Schröder, L. Frostholt. I Kognitiv terapi – Nyeste udvikling. Hans Reitzels forlag 2012
- *Klinisk neuropsykiatri – Fra molekyle til sygdom*. Jørgensen, Rosenberg, Videbech. FADL's forlag 2009.
- *Fra symptom til somatisering*. J. Hilden og M. Rosendal. I Klinikpersonale i almen praksis – en basisbog (s 265-273), 1. udg., Munksgaard 2011
- *Somatiske symptomer og psykopatologi*. C. Rask. I Børne- og Ungdomspsykiatri. En lærebog om børn og unges psykiske sygdomme, 3. udgave. FADL's Forlag.
- www.funktionellelidelser.dk. På denne hjemmeside findes også link til informationsvideoer om funktionelle lidelser fra Danskernes Akademi.
- www.lægehåndbogen.dk. Her finder du både oplysninger om funktionelle lidelser (P75) og socialmedicinske forhold (socialmedicin).
- www.DSAM.dk. Her finder du foruden vejledningen også skemaer til brug for udredning og behandling.

Information til patienter

Foruden information til sundhedsprofessionelle, findes også patientinformation på www.funktionellelidelser.dk

Pjecer

- *Når kroppen siger fra*. Komiteen for Sundhedsoplysning 2012
- *Forstå dine symptomer – om sammenhæng mellem fysiske symptomer og psykiske belastninger*. Komiteen for Sundhedsoplysning 2006.
- Informationsmateriale til patienter med BDS og til patienter med helbredsangst på www.funktionellelidelser.dk

Danske bøger

- *Funktionelle lidelser – fysiske symptomer og sygdomme uden kendt kropslig årsag*. P. Fink. PsykiatriFonden 2005.
- *Mindfulness* (bog med CD). Lone Overby Fjorback, Psykiatrifonden 2011.

Bilagsfortegnelse

Bilag

1. Diagnosekodning i ICPC-2-DK
2. ICD-10 kriterier for somatoforme tilstande
3. Vejledning til *Common Mental Disorders Questionnaire* (CMDQ)
4. Kognitive skemaer
 - Symptomregistreringsskema
 - Den kognitive grundmodel ved funktionelle lidelser
 - Måltrappe

Laminerede ark

- Diagnostik og udredning (blåt)
- Forebyggelse og behandling (rødt)

Bilag samt pdf af de laminerede ark findes elektronisk til download fra DSAM's hjemmeside, www.dsam.dk

Litteratursøgning og referenceliste findes udelukkende elektronisk til download fra samme hjemmeside.

Diagnosekodning I ICPC-2-DK

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

A29 Alment symptom IKA kan anvendes, når patienten har flere symptomer eller let-moderat funktionel lidelse uden at opfylde kriterier for somatoform forstyrrelse. Man kan vælge at specificere diagnosen ved at bruge 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 1 års varighed er præsenteret multiple, tilbagevendende og ofte skiftende somatiske symptomer for lægen. Diagnosen hypokondri kræver, at der gennem en periode af mindst 1 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
- uddifferentieret somatoform tilstand.

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

BILAG 2

ICD-10-kriterier for somatoforme tilstande

Inddeling

- 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 diarré
 - 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 ¹⁵⁰

På de følgende sider angives kriterierne for undergrupperne somatiseringstilstand og hypokonder tilstand.

Somatiseringstilstand (F45.0)

En tilstand karakteriseret ved multiple tilbagevendende og hyppigt skiftende fysiske symptomer gennem mindst 2 år. De fleste patienter har haft en langvarig kontakt med både almenlæger og specialister med mange negative undersøgelsesresultater og eventuelle frugtesløse eksplorative operationer. Symptomerne henføres til alle dele af kroppen eller til et hvilket som helst organsystem. Tilstandens forløb er kronisk, fluktuerende og ofte forbundet med forstyrrelser af den sociale, interpersonelle eller familiemæssige adfærd.

For at stille diagnosen, skal nedenstående kriterier være opfyldte.

Kriterium	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 • Gastrointestinale symptomer • Mavesmerter • Kvalme • Oppustethed • Belagt tunge eller dårlig smag i munden • Opkastninger eller opstød • Hyppige løse afføringer eller sekret fra anus • Kardiovaskulære symptomer • Åndenød uden forbindelse med anstrengelse • Brystsmerter • Urogenitale symptomer • Dysuri eller pollakisuri • Ubehagelige fornemmelser i genitalregionen • Udflåd • Hud- og smertesymptomer • Hudpletter eller misfarvning • Ledsmerter eller smerter i arme og ben • Dødhedsfornemmelse eller paræstesier

Hypokonder tilstand (F45.2)

En tilstand som er karakteriseret ved vedvarende optagethed af muligheden for at have én eller flere alvorlige og fremadskridende fysiske sygdomme, og som viser sig ved vedvarende somatiske klager eller vedvarende optagethed af egen fysisk fremtoning. Normale eller almindelige fornemmelser og tegn fortolkes ofte af patienten som abnorme og ubehagelige, og opmærksomheden er sædvanligvis koncentreret om ét eller to organsystemer. Nedtrykthed og angst er ofte til stede og kan berettige selvstændige diagnoser.

For at stille diagnosen, skal nedenstående kriterier være opfyldte.

Kriterium	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 sygdom.

Vejledning til Common Mental Disorders Questionnaire (CMDQ)

CMDQ er et spørgeskema, der kan sandsynliggøre belastning eller sygdom indenfor følgende kategorier:

1. Multiple symptomer/*bodily distress syndrom*
2. Sygdomsbekymring/helbredsangst
3. Nervøsitet/angsttilstand
4. Tristhed/depression
5. Alkoholproblemer.

Hvis en score er forhøjet på en eller flere af kategorierne, er det lægens opgave efterfølgende at foretage relevant udredning med henblik på at afklare diagnosen.

Værdier for sensitivitet, specificitet og positive prædiktive værdier for de forskellige skalaer i CMDQ findes sammen med vejledningen på DSAM's hjemmeside, www.dsam.dk

CMDQ-spørgeskemaet kan anvendes med følgende formål:

- Diagnostisk screening
- Monitorering af patienten før, under og efter behandling (samtaler, medicin)
- 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, www.dsam.dk

BILAG 4

Skemaer til kognitiv adfærdsterapi

Se skemaer side 66-71

AFDREVERSION

Symptomregistreringsskema (ugeskema)

På følgende skema bedes du notere for hver dag og tid på dagen, hvor generende dine symptomer er:

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.

	Formiddag	Eftermiddag	Aften	Nat
Mandag dato:				
Tirsdag dato:				
Onsdag dato:				
Torsdag dato:				
Fredag dato:				
Lørdag dato:				
Søndag dato:				

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, rygsmerter, hyppig vandladning, svedtendens, åndenød og træthed. Hun har svært ved at forstå, hvorfor man ikke kan finde årsagen til hendes symptomer. Eva har igennem det seneste år haft tiltagende svært ved at varetage sine arbejdsopgaver pga. de mange symptomer og har samtidig følt sig presset og urimeligt behandlet på sit arbejde. Hun er nu langtidssygemeldt.

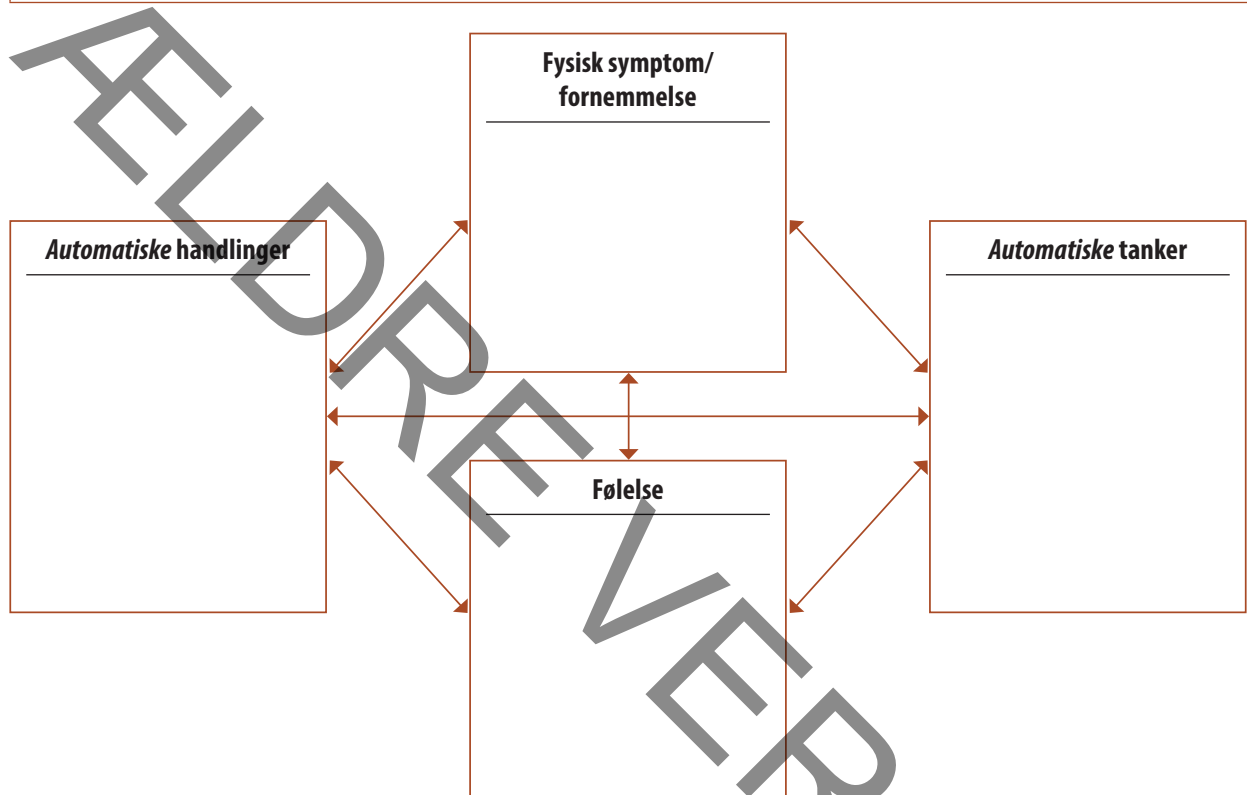
	Formiddag	Eftermiddag	Aften	Nat
Mandag <i>dato:</i>	Kører pigerne i børnehave/skole 6 (mest træthed og smerter)	Sover til middag 5 Henter pigerne 6	Ser TV 5	Sover dårligt 7
Tirsdag <i>dato:</i>	Indkøb og rengøring 5			
Onsdag <i>dato:</i>				
Torsdag <i>dato:</i>				Sovet meget dårligt pga. ryggen 10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

Se efter variation, fx hvornår symptomerne er bedst/værst, om der er ændringer i løbet af døgnet, og om der er forskel på hverdage og weekend. Se også efter hvordan det er om natten/hvordan søvnen er.

Den kognitive grundmodel ved funktionelle lidelser: automatiske tanker og handlinger

Tidspunkt:

Situation:

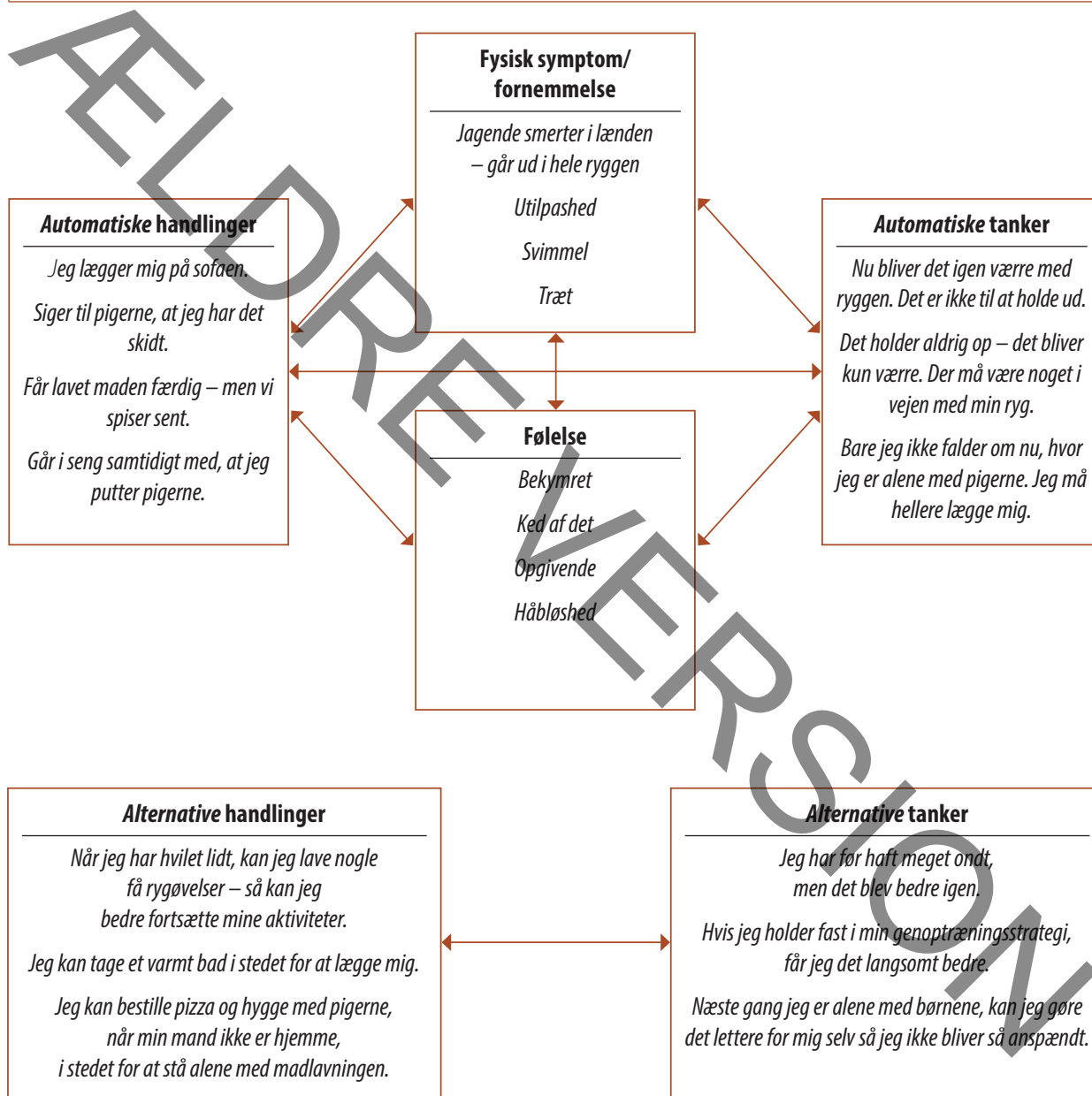


Note: Når de automatiske tanker og handlinger er klarlagt, arbejdes der med alternative tanker og handlinger.

Den kognitive grundmodel ved funktionelle lidelser: automatiske tanker og handlinger – 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

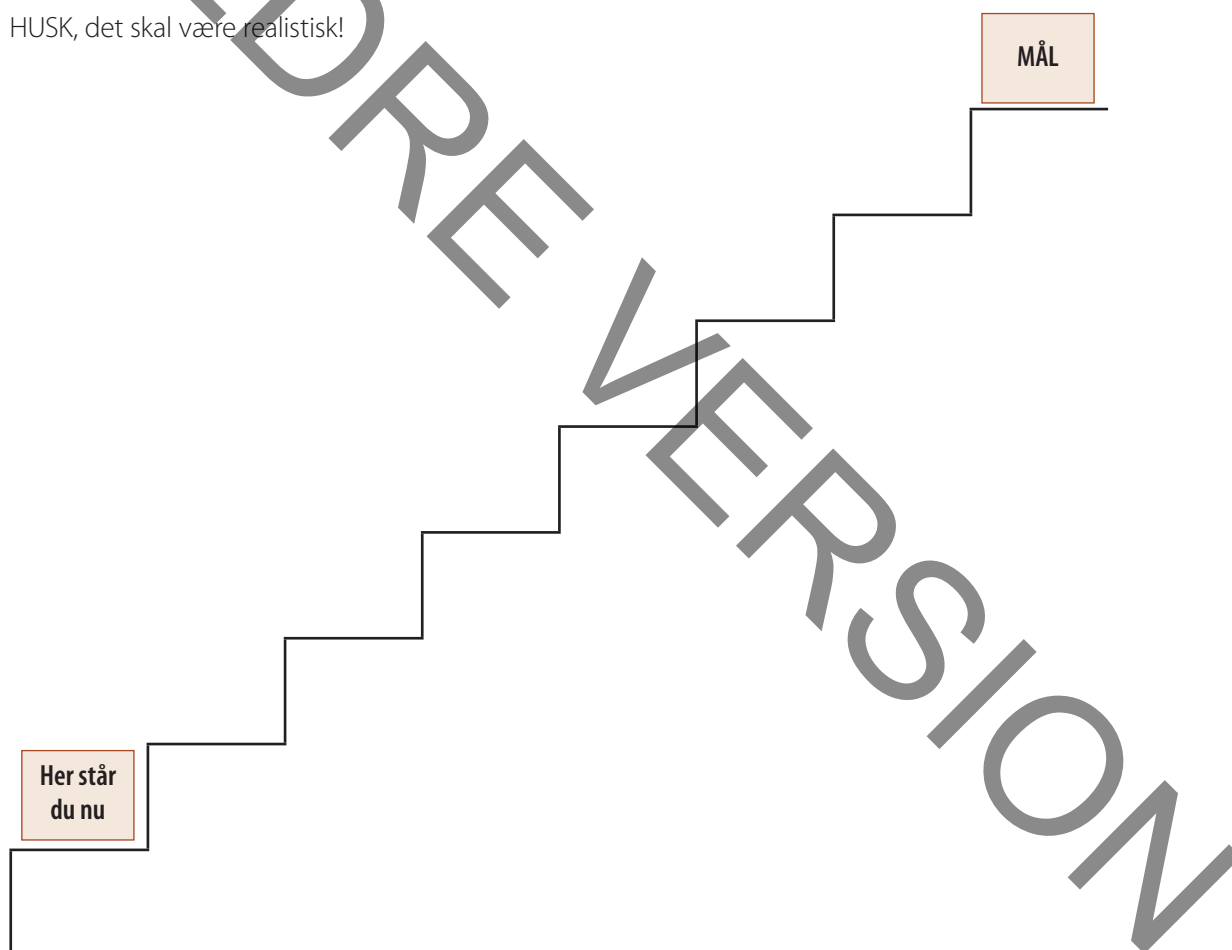
Det er vigtigt, at de opstillede mål er specifikke og realistiske. Det første skridt er det vigtigste, og det er vigtigt at sætte det første mål så lavt, at du er sikker på at få en succesoplevelse. Nogle oplever, at de næsten ikke er i stand til at gøre noget som helst. Du må så prøve at gennemgå din 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.

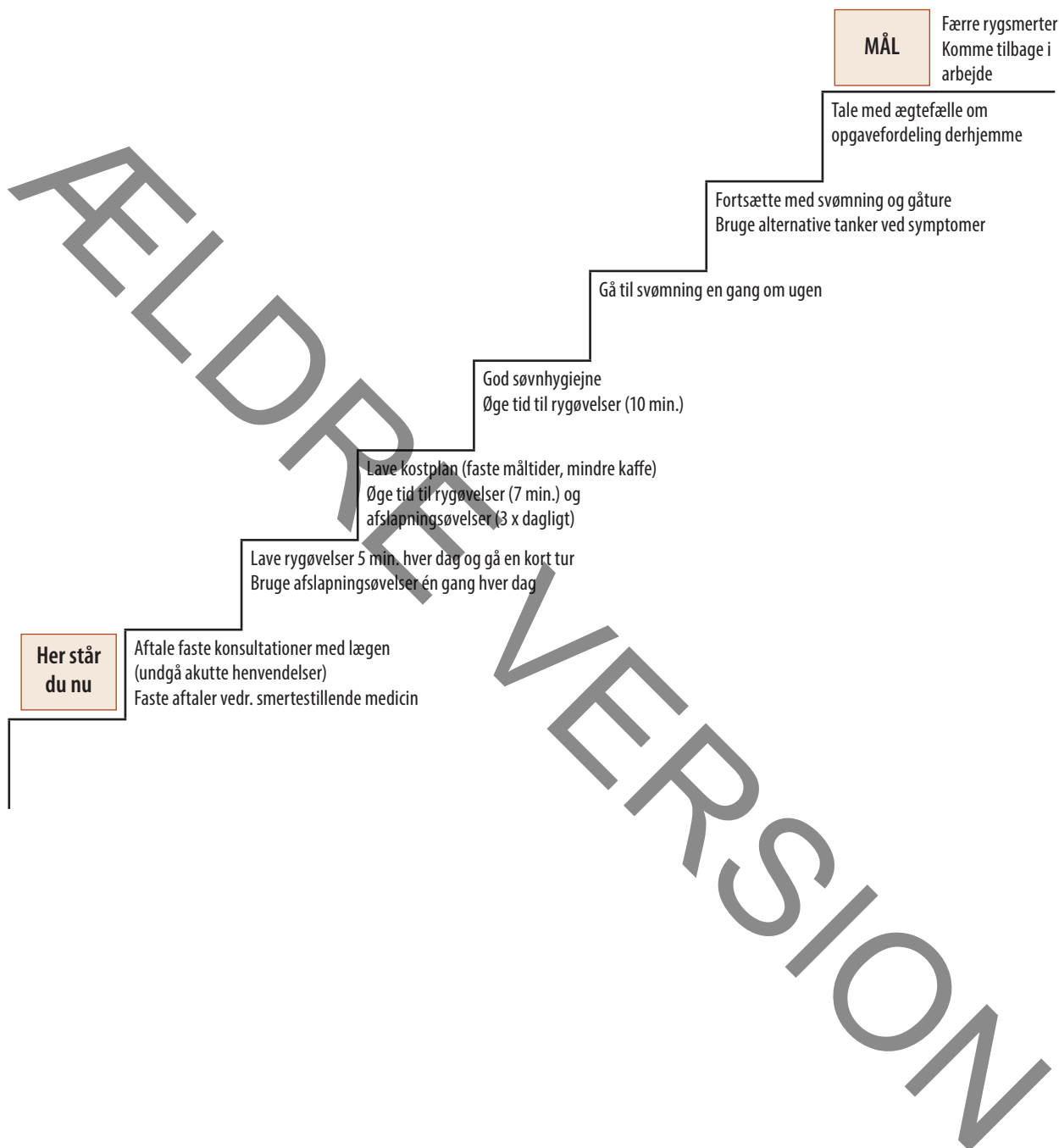
1. Skriv dit mål på øverste trin.

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

HUSK, det skal være realistisk!



Måltrappe – med eksempel



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 evidensbase-rede, 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

Funktionelle lidelser

Op mod 20-30 % af voksne patienter, som henvender sig til egen læge, har vedvarende symptomer. En del af disse patienter har en egentlig funktionel lidelse med væsentlig påvirkning af funktionsevnen.

Alligevel har funktionelle lidelser ikke været prioriteret i hverken den præ- eller postgraduate uddannelse, og det har medført, at mange sundhedsprofessionelle er autodidakte i mødet med disse patienter.

Hensigten med denne vejledning er at opkvalificere den fremtidige behandling på området, dels ved at give læseren en opdatering på den foreliggende viden om funktionelle lidelser, dels ved at formidle konkrete anbefalinger for udredning, diagnostik og behandling.

Vejledningen henvender sig til praktiserende læger, men kan desuden være nyttig for en bredere kreds, som fx praksispersonale og socialmedicinske fagpersoner. Vejledningen er målrettet primærsektoren og beskriver derfor ikke de specialiserede tilbud, der findes for specifikke funktionelle syndromer og smertetilstande.