

Behandlingsstrategi for funktionelle syndromer og somatisering

1. reservelæge Andreas Schröder, professor Per Fink, 1. reservelæge Lone Fjordback, seniorforsker Lisbeth Frostholt & seniorforsker Marianne Rosendal

I denne statusartikel skitseres behandlingen af funktionelle sygdomme og syndromer f.eks. fibromyalgi, irritable tyktarm, duft- og kemikalieoverfølsomhed og somatisering [1]. Funktionel sygdom defineres ofte som »medicinsk uforklaret«, hvilket er misvisende, idet der på gruppeniveau er fundet forandringer i centralnervesystemet, som er associeret til forstyrrelser i symptomperception og -produktion [2]. Ætiologien er multifaktoriel, og patogenesen er uafklaret, men funktionel sygdom kan afgrænses både i forhold til normalt helbred og over for veldefinerede fysiske og psykiske sygdomme [2]. Selv om funktionelle sygdomme medfører store offentlige udgifter og væsentligt forringet livskvalitet for mange borgere, er de kraftigt underprioriterede i det danske sundhedsvæsen. For at bringe behandlingstilbud og -kvalitet på niveau med sundhedsvæsenets øvrige tilbud er der behov for en samlet, målrettet behandlingsstrategi. Denne strategi bør have tre væsentlige indsatsområder: (1) efteruddannelse af sundhedspersonale, som sigter mod at forebygge funktionel sygdom og minimere iatrogene skader, (2) et kvalitetsløft i behandlingen af patienter med lette til moderate funktionelle tilstande i almen praksis og (3) en koordineret udredning og behandling af svær og kronisk funktionel sygdom i specialiseret regi.

ORGANISERING AF BEHANDLINGEN

Tilbud til patienter med funktionel sygdom er både i Danmark og internationalt usystematiske. F.eks. findes der i Danmark et videnscenter for duftoverfølsomhed og en klinik for fibromyalgi samt enkelte liaisonpsykiatriske afdelinger, mens man i England råder over store specialiserede klinikker for kronisk træthedssyndrom. De fleste steder findes der ingen specifikke behandlingstilbud, og mange patienter ender som kasterbolde mellem forskellige afdelinger, da ingen vil tage ansvaret for behandlingen. Egen læge bliver selv for de sværest syge den eneste behandlingsmulighed.

Overordnet kan tilbuddet til patienter med funktionelle symptomer og syndromer inddeles i a) forebyggelse, b) ikkespecialiseret behandling (f.eks. almen praksis), c) specialiseret behandling og d) rehabilitering. Den specialiserede behandling tilby-

des dels i klinikker, hvor man har fokus på specifikke symptomer/syndromer (Figur 1A), dels i klinikker hvor man behandler alle typer af funktionel sygdom (Figur 1B). Klinikkerne kan have vidt forskellige behandlingsstrategier, og behandlingen kan være multidisciplinær eller monofaglig. Der er gode argumenter for både integreret og specialeopdelt behandling, men den integrerede tilgang synes at have flest fordele og får bred opbakning internationalt [3].

EN NY MODEL FOR BEHANDLINGEN AF FUNKTIONEL SYGDOM – STEPPED CARE

Evidensen for en fælles sygdomsenhed af funktionelle syndromer er stigende [1, 2], og de samme behandlingsstrategier er effektive uanset diagnosen [3]. Nogle behandlinger har primært forebyggende effekt eller virker på milde former af funktionel sygdom, mens andre har vist evidens ved svær og invaliderende funktionel sygdom. Ekspertter har på denne baggrund foreslået en *stepped care*-model, hvor behandlingsstrategien ikke bestemmes af syndromdiagnosen, men af sygdommens sværhedsgrad og kom-

STATUSARTIKEL

Århus Universitets-hospital, Århus Sygehus, Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik, og Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed, Forskningsenheden for Almen Praksis



FAKTABOKS

Argumenter for integreret behandling

Der er stigende evidens for, at tilstande som fibromyalgi, irritable tyktarm og andre funktionelle syndromer tilhører en samlet sygdomsfamilie [2].

De samme behandlingsstrategier har vist sig at være effektive [3].

Tæt samarbejde mellem flere lægelige specialer giver mulighed for en effektiv udredning af patienter med multiple symptomer eller væsentlig komorbiditet.

Det forekommer urealistisk og ineffektivt at etablere specifikke behandlingstilbud for hvert enkelt funktionelt syndrom.

Argumenter for specialeopdelt behandling

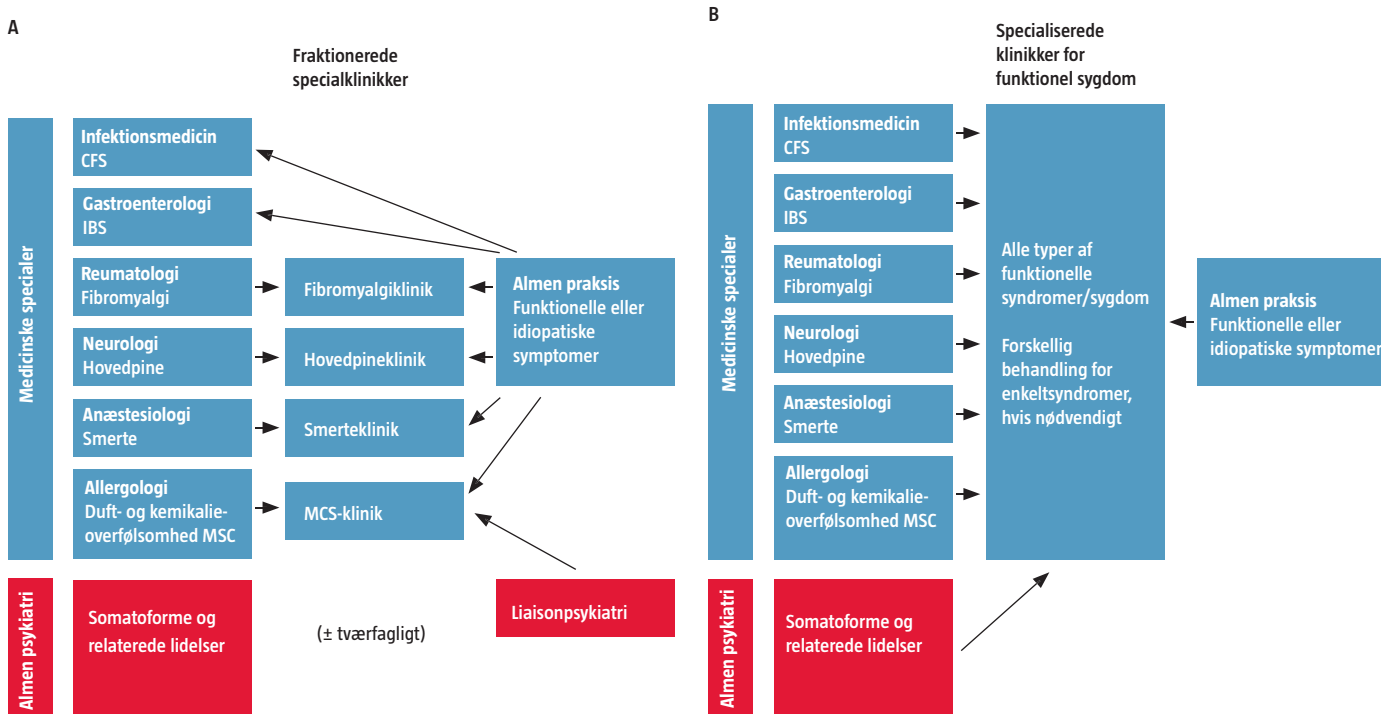
Behandlingsindsatsen kan muligvis med fordel målrettes i forhold til undertyper af funktionel sygdom.

Patienter med funktionel sygdom ses i alle medicinske specialer, og det kan være mere hensigtsmæssigt ikke at henvise patienten til anden afdeling.

Organfokuseret, symptomatisk behandling kan være nødvendig og kræve ekspertise inden for et bestemt lægeligt speciale [3].

FIGUR 1

Organisering af behandling af funktionelle syndromer og somatisering. A. Specialeopdelt model. B. Integreret model.



CFS = kronisk træthedssyndrom; IBS = irritable bowel syndrome; MCS = multiple chemical sensitivity.

pleksitet [3, 4] (Figur 2). Evidensen er stærkest for specifikke behandlingselementer (trin 4 og 5), mens den for forebyggelsesstrategier (trin 1) og behandlingsmodeller i almen praksis (trin 2 og 3) er baseret på nogle få randomiserede, kontrollerede studier.

TRIN 1: FOREBYGGELSE I ALMEN PRAKSIS OG SOMATISKE SPECIALER

Det er en vigtig opgave for alle læger at skelne almindeligt forekommende legemlige klager fra behandlingskrævende symptomer. Undersøgelser har imidlertid vist en overordentlig stor variation i lægers vurdering af symptomer [5], hvilket indebærer en risiko for, at harmløse symptomer af nogle læger mistolkes ind i en biomedicinsk ramme med deraf følgende risiko for sygeliggørelse af patienten og for iatrogene skader. Idet praktiserende læger fungerer som frontlinjelæger i relation til patientens videre forløb, er det helt afgørende, at almen praksis kan håndtere ufarlige symptomer f.eks. ved brug af kvalificerende normalisering [6], samt at almen praksis kan skelne disse fra behandlingskrævende somatisk og funktionel sygdom.

Forebyggelse er også vigtigt i den sekundære sundhedssektor, som udreder mange patienter, hvis

symptomer viser sig at være ufarlige. Undersøgelser tyder på, at der er et stort forebyggende potentiale i tiltag, der tidligt i et sygdomsforløb præsenterer patienter for en multifaktoriel sygdomsmodel, oplyser dem om forventelige symptomer og hjælper dem til selv at håndtere disse. Således har en 12-minutters psykoedukativ DVD vist på skadestuen umiddelbart efter et akut *whiplash*-traume kunnet reducere nakkesmerter, medicinforbrug, sygefravær og antal af pensionsansøgninger signifikant [7]. En lignende effekt af afbalanceret sundhedsinformation er beskrevet på andre områder f.eks. ikkekardiogene bryst-smerter [8].

TRIN 2 OG 3: BEHANDLING AF LET TIL MODERAT FUNKTIONEL SYGDOM I ALMEN PRAKSIS

I Danmark har man implementeret en behandlingsmodel for let til moderat funktionel sygdom i almen praksis – den såkaldte *Extended Reattribution and Management Model* (TERM)-model [9]. Modellen udbydes som efteruddannelse og på videreuddannelsen til almen medicin. Undervisningen formidler teoretisk viden om funktionel sygdom samt træner kommunikationsteknikker og udvalgte kognitive og adfærdsterapeutiske teknikker, som kan anvendes i en

biopsykosocialt baseret udredning og behandling af funktionel sygdom. Nøgleelementerne i selve behandlingsmodellen er: (1) at få patienten til at føle sig forstået, (2) en lægefaglig vurdering, som inddrager symptomanamnese, funktionsniveau, sygdomsforståelse, forventninger og objektive fund og (3) en efterfølgende forhandling med patienten om, hvordan symptomerne kan forstås og tackles, når en snævert biomedicinsk sygdomsmodel kommer til kort. Der stilles ikke spørgsmålstejn ved patientens oplevelse af symptomerne, men arbejdes med patientens sygdomsforståelse for at modvirke eventuelt uensigtsmæssig symptomhåndtering og sygdomsadfærd. Modellen har i to randomiserede undersøgelser vist positiv effekt på praktiserende lægers holdning til og opmærksomhed på funktionel sygdom, patienttilfredshed, patienters fysiske funktion og sundhedsøkonomiske omkostninger [10]. Litteraturen tyder dog på, at sådanne uddannelsesprogrammer med fordel kan kombineres med *collaborative care*, hvor den praktiserende læge kan få råd og supervision ved en specialist.

TRIN 4 OG 5: BEHANDLING AF SVÆR OG KOMPLEKS FUNKTIONEL SYGDOM VED SPECIALENHED

Nogle patienter med funktionel sygdom er så svært syge eller har et så komplekst sygdomsbillede, at de kræver en specialiseret behandlingsindsats enten i form af specifikke samarbejdsmodeller mellem almen praksis og specialafdeling eller som tværfaglig, multimodal behandling [3]. I Danmark kendes multimodal behandling fra enkelte smerteklinikker og rygcetre. De mest veldokumenterede isolerede behandlingselementer for funktionel sygdom omfatter dels farmakologisk behandling, der er rettet mod forstyrrelser i symptomperception og den centrale smertehæmning [11-14], dels fysisk genoptræning [15] og kognitiv adfærdsterapi [13, 14, 16]. Der er ligeledes en vis evidens for en kombination af disse behandlingselementer i en multimodal behandlingstilgang [17]. Aktuelt er det dog uklart, om multimodal behandling er mere effektiv end monofaglig specialistbehandling, ligesom den relative effekt af de enkelte interventioner ikke kendes. Det samme gælder nye behandlinger som f.eks. *mindfulness-based stress reduction*, sakralnerve-stimulation eller transkraniel magnetstimulation, hvis effekt på funktionel sygdom endnu er usikker.

DISKUSSION

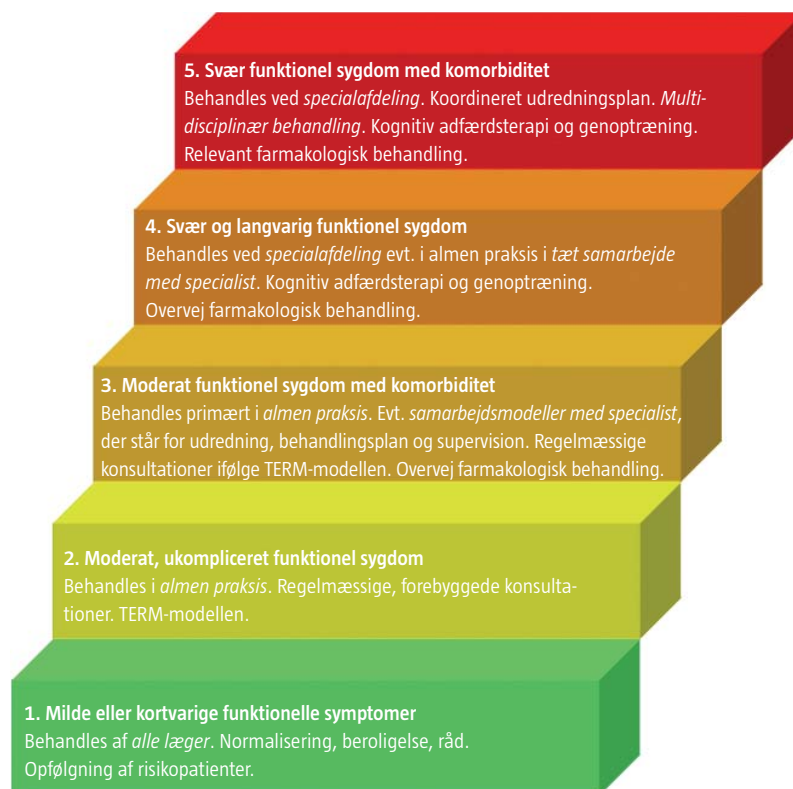
På baggrund af vores aktuelle viden og erfaringer skitserer artiklen den evidensmæssige basis for implementering af en fælles behandlingsstrategi for funktionel sygdom og somatisering. Et vigtigt rationale er vores viden om, at de samme forebyggelsesstrategier

og behandlingsmetoder er effektive uanset diagnosebetegnelse inden for det funktionelle spektrum. Nogle af disse behandlinger varetages traditionelt af psykiatrien, og det har derfor været vanskeligt at implementere dem i andre lægelige specialer. Et eksempel er europæiske reumatologers anbefalinger vedr. behandlingen af fibromyalgi, i hvilke kognitiv adfærdsterapi kun betragtes som et muligt supplement for nogle få patienter, mens den ifølge *American Pain Society* indgår som et centralt element i behandlingen [18].

Førende eksperter har derfor i en årrække anbefalet et paradigmeskift, hvor psykologiske og adfærdsmæssige behandlingsprincipper generobres som en del af den almene lægekunst [19], hvilket også er udgangspunktet for TERM-modellen. Ligeledes er der behov for specialiserede behandlingsprogrammer, som kombinerer oplysning om funktionel sygdom, fysisk aktivering, kognitiv adfærdsterapi og farmakologisk behandling, som vi også kender det fra andre kroniske sygdomme. En række af sådanne behandlingsprogrammer afprøves aktuelt i Danmark. Endelig er det vigtigt, at undervisning i funktionelle

FIGUR 2

Stepped care-model for behandlingen af funktionel sygdom. Modificeret efter [3, 4].



TERM = Extended Reattribution and Management Model.



FAKTABOKS

Evidensbaseret behandling af funktionel sygdom
Farmakologisk [11-14].

Graderet fysisk træning [15].

Kognitiv adfærdsterapi [13, 14, 16].

Forebyggelse og »management«, herunder forebyggelse af iatrogene skader
Specifikke forebyggelsesprogrammer [7, 8].

Behandling i almen praksis, f.eks. Extended Reattribution and Management Model [10].

Specialistvurdering (*consultation letter*) [20].

Anbefalingerne er baseret på en systematisk gennemgang af meta-analyser på området samt en gennemgang af relevante randomiserede kliniske studier, kliniske retningslinjer og anbefalinger fra eksperter. Der er her kun henvist til enkelte arbejder.

tilstande og træning i en multifaktoriel tilgang til fysiske symptomer indgår i både den præ- og postgraduate uddannelse af sundhedspersonale, idet den langt vigtigste indsats er at forebygge.

Patienter med funktionel sygdom udgør et stort problem i det sociale system. En anseelig del af patienterne bliver langtidssygemeldte eller ender med pensionering, og mange gennemgår adskillige resultatløse aktiveringsforsøg. Disse ressourcer kunne bruges langt mere effektivt ved at tilbyde patienterne specifik behandling.

KONKLUSION

Set i lyset af hyppigheden af funktionelle syndromer, som er på samme niveau som depression, og deres betydelige personlige og samfundsmæssige omkostninger, er funktionel sygdom kraftigt underprioriteret i det danske sundhedsvæsen. En samlet, målrettet behandlingsstrategi for funktionel sygdom vil kunne hjælpe patienterne og samtidig spare samfundet for store udgifter samt bringe Danmark i front internationalt. Forskningsmæssigt står Danmark allerede stærkt på en række områder som klassifikation og behandling i almen praksis og den eksperimentelle og kliniske smerteforskning, men der mangler synergi og en konsekvent udnyttelse af de opnåede forskningsresultater.

De fleste elementer af den her skitserede forebyggelses- og behandlingsstrategi er teoretisk velbelyst og evidensbaserede. Der er nu behov for et mere systematisk tilbud til patienterne, som bygger på bredt funderede, specialiserede enheder med henblik på at behandle de sværeste tilfælde og støtte praktiserende læger i behandlingen efter en *stepped care*-model. Vores vision er, at sådanne enheder oprettes flere

steder i landet, og at de råder over ekspertise inden for flere specialer. Samtidig er der et udtalt behov for forskning, der kan belyse, hvordan forskellige behandlingselementer effektivt kombineres i en multimodal behandling, og hvor omkostningseffektiv en implementering af den her skitserede samlede behandlingsstrategi er.

KORRESPONDANCE: *Andreas Schröder*, Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, 8000 Århus C.
E-mail: andreas.schroeder@aarhus.rm.dk

ANTAGET: 25. april 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelser til forfatterne.

LITTERATUR

- Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999;354:936-9.
- Fink P, Rosendal M, Dam ML et al. Ny fælles diagnose for de funktionelle sygdomme. *Ugeskr Læger* 2010;172:1835-8.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007;369:946-55.
- Fink P, Rosendal M. Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:182-8.
- Rosendal M, Fink P, Bro F et al. Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? Towards a clinical useful classification in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 2005;23:3-10.
- Salmon P, Humphris GM, Ring A et al. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. *Psychosomatic Med* 2007;69:571-7.
- Oliveira A, Gevirtz R, Hubbard D. A psycho-educational video used in the emergency department provides effective treatment for whiplash injuries. *Spine* 2006;31:1652-7.
- Petrie KJ, Muller JT, Schirmbeck F et al. Effect of providing information about normal test results on patients' reassurance: randomised controlled trial. *BMJ* 2007;334:352.
- Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model – an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics* 2002;43:93-131.
- Toft T, Fink P, Christensen KS et al. Training general practitioners in the treatment of functional somatic symptoms. Effects on patient health in a cluster randomized controlled trial (The FIP study). *Psychother Psychosoma* 2010;79:227-37.
- Hauser W, Bernardy K, Uceyler N et al. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA* 2009;301:198-209.
- Hauser W, Bernardy K, Uceyler N et al. Treatment of fibromyalgia syndrome with gabapentin and pregabalin – a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain* 2009;145:69-81.
- Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS et al. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2009;58:367-78.
- Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Med* 2007;69:881-8.
- Busch AJ, Barber KA, Overend TJ et al. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD003786.
- Price JR, Mitchell E, Tidy E et al. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(3):CD001027.
- Hauser W, Bernardy K, Arnold B et al. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Rheum* 2009;61:216-24.
- Hauser W, Thieme K, Turk DC. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome – A systematic review. *Eur J Pain* 2010;14:5-10.
- Sharpe M, Carson A. »Unexplained« somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: Do we need a paradigm shift? *Ann Intern Med* 2001;134:926-30.
- Smith GR, Jr., Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *N Engl J Med* 1986;314:1407-13.