

Håndtering af medicinsk uforklarede symptomer

Seniorforsker Marianne Rosendal, professor Frede Olesen & lektor Per Fink

I alle dele af sundhedsvæsenet ser man patienter med fysiske symptomer, der ikke har en sikker organisk forklaring. Disse tilstande benævnes medicinsk uforklarede symptomer (MUS) eller funktionelle somatiske symptomer. Betegnelserne er rent deskriptive og implicerer ikke i sig selv, at der er en psykogen årsag til symptomerne. Patienter med MUS passer ikke ind i den normale biomedicinske sygdomsmodel, hvori der fokuseres på at udelukke fysisk sygdom. Udelukkelse af fysisk sygdom helbreder ikke i sig selv patienten, som fortsat kan have behov for medicinsk omsorg og behandling. MUS udgør derfor et reelt problem. Almen praksis har en nøglerolle, idet 20-30% af patienterne her har MUS. Der er nu evidens for, at forbedret behandling af patienter med MUS bør omfatte diagnostik, specifik behandling og god kommunikation.

Begrebet MUS omfatter et spektrum af symptomer, som spænder fra milde, forbigående symptomer til kroniske sygdomstilstande med svær invaliditet. Mange patienter med MUS diagnosticeres ikke korrekt og gennemgår talrige unødvendige, somatiske undersøgelser og behandlingsforsøg. Diagnostik af MUS er derfor nødvendig. Vurdering af legemlige symptomer drejer sig ikke kun om at udelukke alvorlig fysisk sygdom, men også om sideløbende hermed at overveje MUS og klassisk psykiatrisk sygdom. En sådan flerdimensional vurdering af patienten nødvendiggør, at lægen får en større teoretisk viden om MUS. Den nuværende undervisning om MUS er imidlertid utilstrækkelig både præ- og postgraduat.

Medicinsk uforklarede symptomer kan behandles effektivt af specialister, som f.eks. anvender en kognitiv, adfærdsterapeutisk tilgang. Specialistbehandling er imidlertid sjældent tilgængelig og vil selv i bedste fald kun kunne omfatte et fåtal af de patienter, der ses i almen praksis. Der er derfor behov for behandlingsprogrammer, som er målrettet mod almen praksis. I 1989 introducerede *Goldberg & Gask »the reattribution model«*, som var målrettet mod praktiserende læger. Modellen anvendte en kognitiv orienteret tilgang til behandlingen af MUS. Modellens centrale elementer er at få patienten til at føle sig forstået, derefter at hjælpe patienten til at forstå symptomerne i en bredere sammenhæng og endelig at etablere en dialog med patienten, som leder til en ny forståelse og bedre håndtering af symptomerne. Den omtalte model har vist positiv effekt på praktiserende lægers interviewfærdigheder, omkostninger til sundhedsvæsenet og på patienternes selvoplevede helbred.

I 2000 modificerede *Fink et al* modellen og benævnte den *the extended reattribution and management model* (TERM-modellen). I et randomiseret, kontrolleret studie er det vist, at

TERM-modellen har en positiv effekt på praktiserende lægers diagnostik og holdning til patienter med MUS. Igangværende analyser tyder på, at der også er effekt på patientniveau. I den fremtidige indsats bør der fokuseres på at forbedre modellen yderligere og på at implementere den i større målestok i videre- og efteruddannelsen.

I nyere kvalitativ forskning, har man undersøgt aspekter af kommunikationen mellem læger og patienter med MUS, og der ser ud til at være et behov for væsentlige justeringer i de sædvanlige idealer om lægernes kommunikation med patienterne. For det første synes patienterne at være mere åbne end tidligere antaget for en samtidig biologisk og psykosocial vurdering af deres symptomer. For det andet er det ikke nok, at lægen forsikrer patienten om, at der ikke ligger alvorlig sygdom til grund for deres symptomer, og at symptomerne må opfattes som normale. Hvis ikke lægen formår at få en dialog med patienten om dennes konkrete bekymringer, er der risiko for, at de somatiske symptomer forværres. Disse fund stemmer overens med resultaterne af tidligere undersøgelser, hvori man har fundet, at lægens forklaringer ofte er ude af trit med patientens eget tankesæt, og patienten kan føle sig afvist, ikke forstået og miste tillid til lægen. I kvalitative studier peges der på vigtigheden af at etablere en forbedret dialog mellem lægen og patienten, således at patienten frigøres for skyld og opnår en håndgribelig og involverende information, som indrager vedkommendes egen sygdomsopfattelse og bekymring. Forbedret kommunikation kan imidlertid ikke stå alene. Den skal integreres i specifikke behandlingsprogrammer, som baseres på teoretisk viden om patienter med MUS, som det bl.a. er blevet gjort i TERM-modellen.

Der er grund til at understrege, at patienter med MUS har krav på den samme professionelle behandling og samme behandlingskvalitet som patienter med medicinsk forklarede symptomer. Dette mål er ikke nået i dag. Der er derfor behov for at sikre, at eksisterende evidens om MUS inddrages i den medicinske uddannelse, og at behandlingsindsatsen for denne patientgruppe forbedres. Man må i den forbindelse være åben over for at justere eksisterende paradigmer om, hvad god kommunikation er, og man må sikre klinisk forskning i diagnostik og behandling af MUS samt sundhedstjenesteforskning i forbedret organisering af den samlede behandlingsindsats.

Korrespondance: *Marianne Rosendal*, Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis, DK-8000 Århus. E-mail: m.rosendal@dadlnet.dk

Interessekonflikter: Ingen angivet

Artiklen har første gang været bragt som leder i BMJ 2005;330:4-5, hvor literaturliste findes.