



Allmennt medisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Tverrfaglig utredning av medplager og symptomer – konsekvenser

■ **LILLBETH LARUN** *fysioterapeut og forsker, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten*

■ **AASE AAMLAND** *fastlege på Osterøy og forsker/fagutvikler NKLM, Helse Bergen og Dnlf*

Iselin (37) jobber som førskolelærer i Bergensområdet. Hun har to barn i tenårene og en mann som jobber i Nordsjøen. Under svangerskapene hadde hun bekkenløsning, og hun har fortsatt en del vondt i nedre del av rygg. Nevrologiske tester er negative og rønt-

gen viser lette degenerative forandringer. Smertene i korsryggen blir stadig sterkere og smertene har spredd seg til nakken og armene. Iselin føler det er tungt å jobbe, og kjenner at hun ikke strekker til lenger. Spesielt opplevles bleieskift og oppfølgingen av en toåring

med CP tungt. Hun beskriver seg som en optimist, men i det siste har hun vært sur og grinete og følt seg sliten hele tiden.

Hva trenger Iselin av ytterligere utredning og behandling? Hvilke fagpersoner bør delta? Hvilket nivå skal det gjøres på?



Medisinske uforklarte frekvenser for behandling



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

I internasjonal litteratur brukes begrepene Medically Unexplained Physical Symptoms, Medically Unexplained Symptoms eller Medically Unexplained Disorders (1) for helseplager der årsaken regnes som ukjent eller sammensatt og det ikke er noen biomedisinske tester som kan bekrefte diagnosen. Vi forstår og bruker begrepet Medisinske uforklarte plager og symptomer (MUPS) for tilstander med til dels invalidiserende symptomer som har persistert over lang tid (2). Dette i motsetning til begrepet *Subjektive helseplager* (3) som også rommer helt bagatellmessige forbigående hverdagsplager. Avhengig av definisjon og måleinstrument vil forekomst av MUPS variere (4). En systematisk oversiktsartikkel rapporterte at 20 prosent (5–39 prosent) av kontaktårsakene hos allmennleger omhandlet fysiske plager uten påvisbar organisk sykdom, men her var alvorlighetsgrad ikke differensiert (5). Forekomsten av vedvarende MUPS i nederlandsk allmennpraksis er estimert til 2,5 prosent (6). Iselin vil tilhøre gruppen med store og vedvarende plager, altså være en pasient med MUPS slik vi forstår og bruker dette begrepet.

Noen MUPS-tilstander som fibromyalgi og irriterbar tarmsyndrom, har presise diagnosekriterier og omfattende forskningsbasert kunnskap om årsaksforhold, sykdomsmekanismer, behandlingsstrategier og prognose (2). Flere av disse tilstandene kan forekomme samtidig, dvs. at en person kan ha både fibromyalgi og irriterbar tarmsyndrom, uten at dette er samme tilstand. Disse pasientene har behov for grundig utredning og oppfølging. Iselins generaliserte muskelsmerter er langvarig og gir henne nedsatt funksjon, og hun trenger en grundig utredning i tillegg til gode forklaringsmodeller. Det er kanskje riktigere

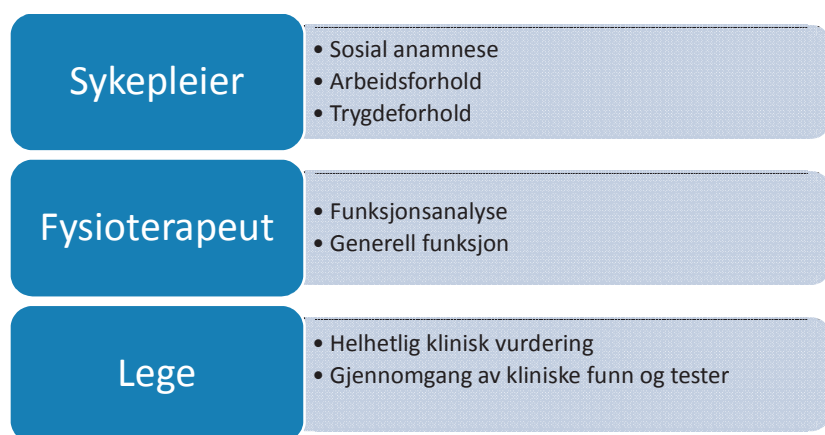
å snakke om at årsakene er sammensatte enn at de er ukjente. Videre finnes det forklaringsmodeller som kan begrunne hvordan langvarige belastninger kan gi vedvarende symptomer og plager, for eksempel kognitiv aktiveringsteori om stress, CATS (7, 8). Modellen tar utgangspunkt i at mennesker er i biologisk og psykologisk balanse. Den viser hvordan menneskers opplevelse av belastninger tolkes via kognitive filtre basert på tidligere erfaringer. Belastning fører til aktivering, og langvarig belastning kan gi vedvarende aktivering. Denne vedvarende aktiveringen kan medføre sensitivering, der reaksjonsterskelen senkes og aktiveringen vedlikeholdes også når det ikke lenger er nødvendig. Kroppen kan dermed etablere en unødvendig tilstand av beredskap. Metaforisk kan dette beskrives ved at innbruddsalarmen utløses av forbipasserende personer på gaten som ikke har til hensikt å bryte seg inn (9). Lignende prosesser kan skje når akutt og hensiktsmessig smerte omformes til kronisk smerte som ikke lenger har noen nyttefunksjon. Iselin har hatt smerter over lang tid, først en diagnostisert bekkenløsning ved de to svangerskapene, så/deretter har hun hatt smerter i nedre korsrygg som har spredd seg slik at hun nå har generaliserte smerter.

Tverrfaglig utredning

Tverrfaglig utredning defineres her som at alle yrkesgruppene har en felles plattform der de først gjør sine fagspesifikke utredninger. I etterkant av de fagspesifikke utredningene samarbeider de ulike fagutøverne om å lage en felles utredning. Denne tverrfaglige utredningen utføres forskjellig avhengig av hvilket nivå i helsetjenesten pasienten befinner seg på.

De fleste pasienter med MUPS utredes av fastlegen, eventuelt med supplerende undersøkelser i andrelinjetjenesten. Iselin har jevnlig kontakt med fastlegen sin og er blitt henviset til fysioterapeut. Hun har hatt vanlig fysioterapi med vekt på trening, avspenning og smertelindring 24 ganger. Iselin har fortsatt smerter selv etter behandling hos fysioterapeut og tett oppfølging av fastlegen. Hun har vært sykmeldt i 12 uker og Iselin, fysioterapeuten og legen har i samarbeid valgt å søke henne inn for utredning i andrelinjetjenesten. Jeg vil nå presentere utredningsopplegget i andrelinjetjenesten der tverrfagligheten er satt i system på en helt annen måte enn i førstelinjetjenesten. Kanskje slikt tverrfaglig arbeid faktisk er en stor mangelvare i førstelinjetjenesten?

Tverrfaglig utredning i andrelinjetjenesten gjøres noe ulikt. I det følgende er publisert forskning fra nakke- og ryggpoliklinikken ved Haukeland universitetssykehus brukt som gjennomgående eksempel (10). Iselin fyller der ut **anamneseskjema** som kartlegger arbeid og utdanning, plager og funksjon, ulike hendelser/belastninger, livsstil, medikamenter, behandling og målsetting før hun kommer til første konsultasjon. Dette skjema følger henne til utredning hos alle fagpersonene. Med utgangspunkt i anamneseskjema kartlegger **sykepleier** sosialanamnese, arbeidsforhold og eventuelt trykdeforhold. Videre undersøker så en **fysioterapeut** Iselin med standardiserte tester, samt utfører en funksjonsanalyse. Deretter undersøkes Iselin hos **lege** som gjør en helhetlig klinisk vurdering, og går gjennom radiologiske forandringer. Det fokuseres spesielt på om det foreligger et samsvar mellom de kliniske funn og tester som er gjort og den funksjonssvikt som



FIGUR 1. Tverrfaglig utredning. KILDE/GRAF: ANDERSEN & HANNSTAD 2005, SKOUEN ET AL 2002

hun angir. Ved behov kan pasienten også undersøkes av **psykolog**. Dette utredningsløpet er trinnvis og hver profesjon tar utgangspunkt og bygger videre på det andre har funnet (11, 12).

Fysioterapeutens tester brukes her som et eksempel for å gi et innblikk i hvor grundig og systematisk utredningen foregår. I den generelle utredningen gjør fysioterapeuten en smerteanamnese og kartlegger hvordan dette påvirker aktivitet og funksjon hos Iselin. I tillegg gjøres omfattende undersøkelser hvor holdning, pust, muskelfunksjon og leddbevegelse undersøkes. De 18 ACR- (American College of Rheumatology) ømme trykkpunkter for fibromyalgi sjekkes. Videre undersøkes også fleksibilitet, avspenningsevne, styrke og kondisjon. Deler av kartleggingen er kvantifiserbar og etterprøvbart, slik at pasientens bedring eller forverring kan følges.

Fysioterapeuten fant at Iselin har nedsatt rotasjon og ventral fleksjon i korsryggen, men bevegelsen gir ikke smerter. Derimot får hun smerter hvis hun ligger på maven eller ryggen over tid. Hun har problemer med å spenne av og «legge fra seg kroppen». Muskeltonus varierer, noe er spent med høy tonus og noe er «oppgitt» med lav tonus. Pusten er overfladisk og høykostal, og hun har inndragninger rett under brystbenet. Hun forteller at

hun har en indre uro og rastløshet, samtidig som hun føler seg sliten og uten energi. Fysioterapeuten formidler resultatene fra undersøkelsen videre til legen.

Behandling

Iselin har blitt utredet tverrfaglig. Hun har generaliserte kroniske smerter og opplever dårligere mestringsevne enn tidligere. Hun har vært sykmeldt sammenhengende i 12 uker. Behandlingsopplegget for pasienter med MUPS tilrettelegges som regel av fastlegen. En oversiktsartikkel basert på syv vitenskapelige ledere og 23 oversiktsartikler viser at de viktigste elementene i behandling av pasienter med MUPS er godt terapeutisk klima, generelle tiltak som for eksempel motiverende intervju og faste timeavtaler, samt gode forklaringer på symptomer og plager (13). En fokusgruppe-studie påpeker viktigheten av å beholde et godt lege- og pasientforhold selv om fastlegene finner det vanskelig å forklare symptomene (14). Dette rapporteres også i en metaetnografi (15).

En systematisk oversiktsartikkel om kroniske korsryggssmerter basert på 30 randomiserte kontrollerte forsøk med totalt 3438 deltagere fra første- og andrelinjetjenesten fant at atferdsbehandling var mer effektivt enn å stå

på venteliste (16). De tre typer terapi var: Responsiv som prøvde å stoppe smerten ved avspenningsteknikker eller biofeedback, operant som aksepterte at utvendige faktorer assosiert med smerte kunne forsterke denne, og kognitiv som la vekt på tanker, følelser eller oppfatning (16). En annen Cochrane oversikt med 61 RCTer og 6390 deltagere med kroniske ryggsmarter viste at treningsbehandling reduserer smerte (13,3 poeng på en skala fra 0–100) og bedrer funksjon (6,9 poeng på en skala fra 0–100) (17). Studier om effekt av behandlingstiltak viser ikke hvordan utredningen foregår eller hvilke konsekvenser utredningen får for valg av behandlingsopplegg.

Ved nakke- og ryggpoliklinikken ved Haukeland Universitetssykehus brukes de tverrfaglige konklusjonene fra utredningen om symptomutbredelse, mestring og funksjonsnivå til å bestemme behandlingsopplegg. I Iselins tilfelle blir hennes fagteam enig om at hun vil få best utbytte av det mest omfattende behandlingstilbudet som er utarbeidet for pasienter med generaliserte muskelsmerter. Dette tilbudet er et intensivt gruppebasert tverrfaglig behandlingsopplegg som inneholder undervisning, samtaler og trening. I undervisningen vektlegges hvordan smerter kan utvikle seg i muskulatur over tid uten at det foreligger tegn til sykdom eller skader i det nevro-muskulære systemet. Gruppesamtalene tar særlig opp temaer om hvordan man på en bedre måte kan mestre problemer og bekymringer i hverdagen med særlig vekt på hvordan muskelsmerter kan håndteres annerledes. Det legges vekt på trening av kroppsbvissthet, avspenning og tøyningsovelser i tillegg til kondisjon for å få mer overskudd. En del pasientene blir også tilbudt individuell oppfølging i flere måneder etter behandling for å unngå tilbakefall. Iselin får her et kombinert opplegg som ivaretar alle hennes symptomer.

Behandlingstilbudet for pasienter som har vært sykmeldt i kortere tid, eller som har hatt hyppige tilbakefall de siste årene på grunn av vansker med å forholde seg til uforklarte smerter, er noe mindre omfattende. Slike pa-

FIGUR 3. Differensiering til behandlingsgrupper.

KILDE/GRAF: ANDERSEN & HANNSTAD 2005, SKOUEN ET AL 2003

FIGUR 2. Generell utredning hos fysioterapeut. KILDE/GRAF: ANDERSEN & HANNSTAD 2005.

Smerteanamnese Status Aktivitet begrenset av smerte	Holdning, pustemønster Muskelfunksjon Palpasjon Artikulære tester ACR-tenderpoints	Fleksibilitet og avspenningsevne Sokketest PILE-løftettest Åstrandens kondisjonstest GPE-52
---	--	---

Domene	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Smerteutbredelse	Lokal smerte	Lokal smerte	Generalisert smerte eller nakkesmerter
Mestring	God mestring	God mestring	Mestringsproblemer
Funksjon	Kort sykmelding	Kort til middels sykmelding	Lengre eller hyppigere sykmeldinger

sienter blir tilbudt individuelle samtaler hvor målsettingen er å oppnå tillit, trygghet og felles forståelse i forhold til symptomene, og videre finne frem til måter å heve funksjonsnivået på, til tross for fortsatte smerter.

Diskusjon

Det finnes oppsummert eksperterfaring om hva Iselin trenger av utredning og behandling, hvilke fagpersoner som bør delta og hvilket nivå det bør gjøres på (13). Det finnes også oppsummert forskning om effekt av ulike typer tiltak for ulike tilstander, for eksempel kroniske korsryggsmerter (16, 17). På bakgrunn av oppsummert forskning gis anbefaling angående trinnvis opptrapping av behandling etter grundig utredning av både symptomer og alvorlighetsgrad (18). Hvis for eksempel pasienten har oversiktlige helseplager uten tilleggssymptomer, for eksempel irriterbar tarmsyndrom, blir behandlingen å forklare symptommekanismer og gi pasienten symptombehandling, f.eks. for smerte. Hvis pasienten derimot har flere plager og symptomer, for eksempel irriterbar tarmsyndrom, søvnforstyrrelse og depressive symptomer, må det i tillegg vurderes om pasienten trenger antidepressiva, ytterligere rådgivning og/eller forklaring av sykdomsutfordring/sykdomsforståelse, samt faste konsultasjoner. Hvis pasienten derimot har et sammensatt og alvorlig symptom-bilde, bør traumatiske stressfaktorer og vedlikeholdende faktorer vurderes, og pasienten forberedes på at det kan være hensiktsmessig med henvisning til psykolog eller psykiater (18). I Nederland har de utarbeidet retningslinjer for MUPS (19).

Retningslinjene presenterer et behandlingsforløp som baserer seg på følgende hovedprinsipper:

- Passe på faren for bivirkninger av den medisinske behandling og faren for kronifisering.
- Trinnvis opptrapping av behandling
- Fastlegen skal koordinere tiltak. I meget alvorlige tilfeller kan psykiater eller annen sykehusspesialist koordinere

Men det er lite effektforskning om hva utredning betyr for valg av behandling og nytte for pasienten. Et systematisk søk gjort av forskningsbibliotekar i fem ulike databaser om effekt av tverrfaglig utredning ble utført. Vi brukte tilpassede emneord unike for hver database i tillegg til frittekstord og metodefilter som valgte ut systematiske oversikter. I tillegg ble eksperter kontaktet. På denne måten ble rundt 140 unike referanser identifisert, hvorav bare tre av disse omhandlet MUPS og tverrfaglig utredning (6, 13, 18). Forskningen gir ikke svar på hvilken del av effekten som kan tilskrives den tverrfaglige utredningen.

Et viktig spørsmål er om alle pasienter med MUPS skal ha samme behandling, eller om det er primært symptomutbredelse, mestring og funksjonsnivå som skal bestemme hva slags behandlingsopplegg de skal inn i. Siden det er lite forskning på den spesifikke effekten av den differensieringen som den tverrfaglige utredningen innebærer for behandling, kan vi for eksempel spørre: Er det andre faktorer som heller fortjener differensiering, for eksempel pasientens diagnose? Skal Iselin ha samme behandlingsopplegg som Ole, som har kronisk utmattelsessyndrom?

Iselin har aldri hørt at noen kaller helseplagene hennes for medisinsk uforklarte. Det er vanskelig å argumentere for at dette er et godt begrep som gir grunnlag for tverrfaglig utredning og hva slags behandling Iselin skal få. Er betegnelsen MUPS i seg selv et hinder for å få til god utredning og behandling? MUPS kan oppfattes som en uegnet benevnelse både blant pasienter og helsepersonell. MUPS definerer plager og symptomer ved hjelp av hva de ikke er i stedet for hva de er, samtidig som det avspeiler en dualistisk tenkning som kategoriserer symptomer som organisk eller ikke organisk. Vi mennesker er ikke kropp eller sjel, men vi er kropp og sjel integrert. Likevel kan det på et overordnet nivå være hensiktsmessig å operere med denne benevnelsen, i alle fall inntil videre. Diskusjonen omkring begrepsbruk for slike pasienter er i høy grad pågående (20, 21), men inntil videre tar vi et pragmatisk valg om stadig å bruke MUPS, vel vitende om begrepets begrensninger.

Takk til Kirsti Malterud

Artikkelen er basert på Larun's prøveforelesning i forbindelse med avleggelse av PhD graden ved Universitetet i Bergen 29. september 2012 (22)

REFERANSER

- Mayou R. Medically unexplained physical symptoms. *BMJ* 1991; 303 (6802): 534–5.
- Malterud K. Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2010; 130 (23): 2356–9.
- Ihlebaek C, Eriksen HR, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health* 2002; 30 (1): 20–9.
- Swanson LM, Hamilton JC, Feldman MD. Physician-based estimates of medically unexplained symptoms: a comparison of four case definitions. *Fam Pract* 2010; 27 (5): 487–93.
- Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract* 2003; 53 (488): 231–9.
- Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentations of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practic* 2006; 23 (4): 414–20

- Ursin H, Eriksen HR. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29 (5): 567–92.
- Ursin H, Eriksen HR. Cognitive activation theory of stress (CATS). *Neurosci Biobehav Rev* 2010; 34 (6): 877–81.
- Malterud K, Hollnagel H. Sygdomsmekanismer og mestring – Kronisk utmattelsessyndrom i almen praksis. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2012; 90: 101–12.
- Haukeland universitetssykehus. Nakke- og ryggpoliklinikk. Helse Bergen. [Oppdatert 28.6.2012] Tilgjengelig fra: <http://haukeland.no/omoss/avdelinger/fysmed/Sider/nakke--og-ryggpoliklinikk.aspx>
- Andreson B, Hannestad K. Fra prosjekt til daglig drift. Nakke- og ryggpoliklinikken. *Fysioterapeuten* 2005; 12: 15–8.
- Skouen JS, Laerum E, Jensen TO. Tverrfaglige ryggpoliklinikker – et nytt behandlingstilbud. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003; 123(20): 2895–6.
- Heijmans M, Olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PL, van WC. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract* 2011; 28(4): 444–55.
- Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, van Spaendonck KP, van WC. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 68.
- Larun L, Malterud K. Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: a synthesis of qualitative studies. *Patient Educ Couns* 2007; 69 (1–3): 20–8.
- Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Morley S, Assendelft WJ, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (7): CD002014.
- Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3): CD000335.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 369 (9565): 946–55.
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NWP), Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP). Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen. [Oppdatert 2010] Tilgjengelig fra: http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/behandeling-en-re-integratie/af/~media/files/inkijkemplarenaf0945prosent20multidisciplinaireprosent20richtlijnprosent20soloprosent20enprosent20somatoformeprozent20stoornissen_web.ashx
- Jackson JL, George S, Hinchey S. Medically unexplained physical symptoms. *J Gen Intern Med* 2009; 24 (4): 540–2.
- Creed F, Guthrie E, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M, et al. Is there a better term than «medically unexplained symptoms»? *J Psychosom Res* 2010; 68 (1): 5–8.
- Larun L. Kronisk utmattelsessyndrom. Kunnskap, aktivitet og utfordringer. BORA – UiB. [Oppdatert 2012] Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/1956/5105>