

Rehabilitering vid Somatiseringssyndrom

Gäller för: Region Kronoberg

1 Inledning

Det förekommer att patienter söker för kroppsliga besvär som det inte går att hitta någon ”medicinsk förklaring” till eller att deras oro för symtomen inte står i proportion till graden av symtom. Detta kallas för somatiseringssyndrom eller funktionella somatiska symtom. Patienter med den här problematiken kan ha ett högt lidande och söker ofta sjukvård, men kan samtidigt vara missnöjda med vård och behandling. Därför behöver kunskap utvecklas inom landstinget om hur denna patientgrupp bäst kan bemötas.

Det finns studier som tyder på att var tredje patient som söker vård kan ha somatiseringssyndrom. Andra studier har visat att vart femte nybesök i primärvården handlar om kroppsliga symtom där det inte är möjligt att finna någon bakomliggande medicinsk orsak. När det gäller storkonsumenter av sjukvård (s.k. mångbesökare) dominerar somatiserande patienter och enligt uppgift söker sju av tio för oförklarade kroppsliga symtom.

Diagnoser som somatiseringssyndrom, somatoforma syndrom etc ställs inte alltid eftersom det finns en risk för stigmatisering. Avsaknad av diagnos kan tyvärr medföra att patienten inte får rätt behandling och därför har forskare föreslagit diagnosen Bodily Distress Disorder som alternativ, eftersom den kan ge en bättre förståelse av symtomen.

Risken att missa någon faktisk sjukdom kan medföra att patienten remitteras till olika undersökningar och behandlingar, som ibland kan skada i stället för att hjälpa. Det leder till onödigt lidande men även höga kostnader för samhället. Därför finns stort behov av att organisera vården på ett sådant sätt att patienten får ett gott bemötande och erbjuds verksam behandling.

Syfte

- Att synliggöra patientgruppen genom att öka kunskapen om problematiken.
- Att utveckla utrednings- och behandlingsprogram liksom teamarbete riktat till patientgruppen.

Målgrupp

Målgruppen är patienter:

- där det inte finns objektiva organ-patologiska eller fysiologiska fynd som motsvarar graden av subjektiv sjuklighet.
- som har en överdriven oro och störs mycket av sina symtom, och som förklarar dem som kroppsliga sjukdomar.

Somatiseringssyndrom ICD: F45.0

Diagnosen har stränga kriterier och är därför sällsynt. Livstidsprevalensen beräknas i olika studier till 0,2 – 2,0 procent. Diagnosen ställs först efter lång tid. Patienten ska ha flera somatiska symtom, som inte kan förklaras av någon känd sjukdom. Kriterier som ska vara uppfyllda för diagnos är; minst fyra olika smärtsymtom, två mag-tarmsymtom, ett sexuellt symtom samt ett pseudoneurologiskt symtom. Besvären ska ha debuterat före 30 års ålder och ha varat i minst två år. Tidigare behandlingar har inte hjälpt.

Odifferentierat somatoformt syndrom ICD: F45.1

För att ställa diagnosen räcker det med ett somatiskt symtom åt gången, men symtom varierar över tid. Kriterier kan exempelvis vara trötthet, aptitförlust, mag-tarmsymtom eller urinvägsbesvär. Någon åldersgräns för debut finns inte. Det här är betydligt vanligare, men diagnosen ställs inte heller här särskilt ofta. I vården upplevs patienterna ofta som att de överdriver sina symtom och att de söker mer vård än befogat. Inte heller här hjälper behandlingen som förväntat eller bara en kort period.

Andra diagnoser som också räknas in är:

1. Somatoformt smärtsyndrom (ICD: F45.4)
2. Annan specifik somatisering (ICD: F45.8)
3. Somatisering UNS (ICD: F45.9)
4. Hypokondri, dysmorfofobi (ICD: F45.2) och konversion (ICD: F44.4-6)
5. Neurasteni (ICD: F48.0)
6. Somatoform autonom dysfunktion (ICD: F45.3)

Orsaker till somatoformt syndrom är multifaktoriell. Såväl biologiska, psykologiska, sociala och kulturella orsaker kan samverka för uppkomst.

Syndromet kan utlösas av t ex en olycka, sjukdom eller influensa.

Senare forskning har också funnit att det finns en förvärvad hypersensitivitet och strukturella förändringar i centrala nervsystemet som förklaring till sjukdomen.

Många patienter har stressutlösta störningar i autonoma nervsystemet och/eller endokrina systemets stresshormoner. Stress är alltså ofta inblandat.

Enligt Malmström är ”själva utgångspunkten för somatisering att patienten kognitivt ”växlar fel” och kommer in i en ond cirkel med oroliga tolkningar och läkningshinder beteenden i stället för en frisk läkningsbefrämjande process.”

Förutsättningar utifrån aktuella patientgrupper

Utbildning av patienter kan göras förebyggande, exempelvis har en 12-minuters video visad på akutmottagningen omedelbart efter en akut whiplashskada visat sig minska nacksmärtor, medicinförbrukning, sjukfrånvaro och antal pensionsavgångar signifikant.

Efter en samlad läkarbedömning, där det finns misstanke om somatisering, är det viktigt att patienten får en förklaring på sina symtom. För att patienten ska uppleva sig förstådd och kunna ta till sig förklaringen skulle detta samtal kunna göras utifrån en manual. Manualens funktion är att vägleda läkare och/eller annan personal.

Det är angeläget att förebygga vidare utveckling av somatiseringssyndrom genom att tidigt, redan vid misstanke om stress och somatisering, erbjuda stresshantering eller annan lämplig behandling.

Att utveckla somatoforma syndrom kan ses som en process; först kommer somatiseringen och så småningom blir det befäst i ett syndrom. Patientgruppen kan därför delas in i två undergrupper utifrån hur den enskilda personen fungerar i vardagen.

- A. Person A är i början av processen eller har lättare störning. Det finns inga objektiva tecken på somatisk sjukdom trots flera olika undersökningar.
- B. Person B har en tydlig funktionsnedsättning och är mer manifest. Processen har pågått längre och/eller situationen är mer kronisk och störningen svårare.

Person B har låg tilltro till sin egen förmåga och undviker olika situationer, genom att säga ”Jag kan inte, jag klarar inte.” Person B blir alltmer socialt isolerad. Yrsel- och balanstörningar är vanliga symtom, liksom olika sorters värk. Person B behöver mycket stöd av omgivningen. Person B är nu storkonsument av vård, s.k. mångbesökare.

Bland experter finns stöd för att somatisering förekommer i olika svårighetsgrad. Det finns även en enighet om att behandling vid somatiseringssyndrom bör vara organiserad enligt en stegvis modell, indelad efter tillståndets svårighetsgrad.

1. mild grad
2. moderat grad men icke komplex
3. moderat grad och komplex
4. allvarlig och varaktig grad
5. allvarlig och komplex

Patient med svårighetsgrad 1-3 (motsvaras av Person A) kan utredas och behandlas inom primärvården med handledning och utbildning för personalen. Patient med svårighetsgrad 4-5 (motsvaras av Person B) kan utredas och behandlas av specialistteam.

Definitioner

Team = en mindre grupp som samarbetar i bestämt syfte.

Multidisciplinärt team = flera olika professioner arbetar med samma patient, men det finns ingen direkt organisatorisk lösning för hur samarbetet skall utformas. Patienten träffar inte hela teamet utan en medlem i taget och slussas emellan dem.

Interdisciplinärt team = samma medlemmar som i det multidisciplinära teamet ingår och här är samarbetet mellan medlemmarna det centrala. Medlemmarna träffas ofta och det förväntas av organisationen att samarbete skall ske och det finns också förutsättningarna för det. Medlemmarna delger sina perspektiv och specifika kunskaper inom sitt område för att komma fram till de gemensamma målen. Det finns stora möjligheter till synergi och målbildning i dessa team.

Resurser, kompetens

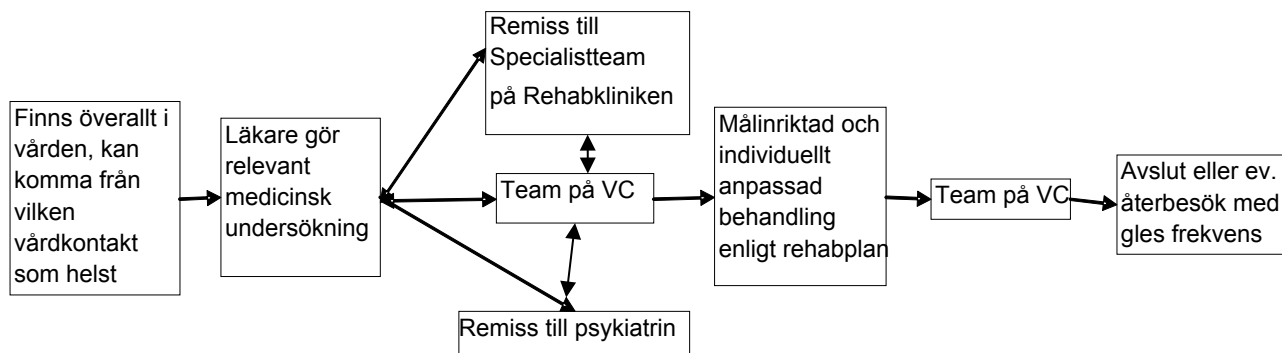
Teamarbete är viktigt för patientgruppen. Teamarbetet på vårdcentralerna (VC) skulle kunna utvecklas och förstärkas och ett specialistteam skulle kunna tillskapas i Region Kronoberg. Tillgång till handledning är betydelsefullt.

- Primärvårdsteamets kompetens ska bestå av multidisciplinära team, där arbetsterapeut, läkare, psykosocial resurs, psykolog och sjukgymnast ingår. Samtliga har utbildning i förhållningssätt vid somatoformt syndrom.
- Specialistteamets kompetens ska bestå av interdisciplinära team, där arbetsterapeut, kurator, läkare, psykolog, sjukgymnast och sjuksköterska ingår. Samtliga har fördjupad utbildning i förhållningssätt vid somatoformt syndrom.

God kännedom bland all personal för uppmärksammande av och samsyn kring patientgruppen är betydelsefull. Alla läkare ska ha god kännedom om patientgruppen och vårdflödet för att på ett säkert sätt kunna ställa diagnos och remittera patient till rätt utredning och behandling.

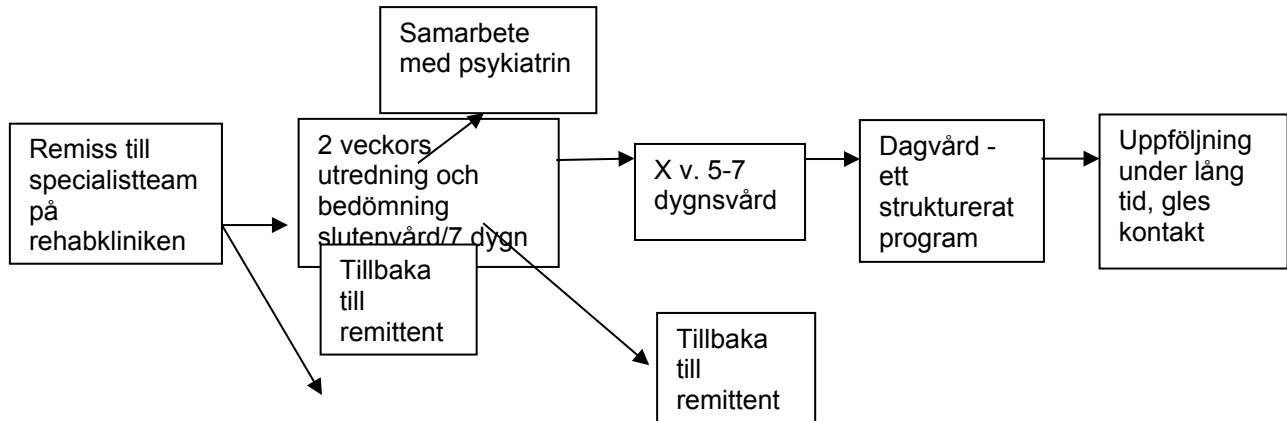
2 Flöde/process

Flöde person A – mild till moderat och komplex grad



När misstanke finns att en patient har somatiseringssyndrom kan han/hon genomgå bedömning för diagnostisering av läkare inom t.ex. specialistvård, primärvård eller privat vård. Läkare bedömer vilken vårdnivå patienten behöver. Vid behov av mer specialiserad bedömning/behandling kan remiss skickas till specialistteam eller psykiatri. I annat fall sker bedömning/behandling inom rehabteamet på VC.

Flöde person B – allvarlig, varaktig och komplex grad



3 Rehabilitering

Rehabilitering vid somatisering - mild till moderat grad (person A)

Utredning/bedömning

När patienten har aktualiserats i teamet på VC görs den initiala bedömningen främst av arbetsterapeut, sjukgymnast samt psykosocial resurs alternativt psykolog. Bedömningen syftar till övergripande funktions- och aktivitetsbedömning samt bedömning av stressnivå, stresshantering och autonom dysfunktion. Det är viktigt att patienten får en fast vårdkontakt, som utses av teamet.

Indikationer för behandling

För patient i grupp A finns en stor spridning av problematik, från en mycket mild till moderat, komplex och svårare grad av symtom. För patient med mild grad av symtom eller som är tidigt i processen, kan gott bemötande av läkare och en väl genomförd förklaringsmodell vara tillräcklig. En patient som är i riskzonen att utveckla allvarigare problematik kan erbjudas en uppföljning.

Patient med komplex grad av somatisering och som har nedsatt funktions- och aktivitetsförmåga samt förhöjd stressnivå, ska erbjudas behandling enligt flödesschema.

Behandling

Förutsättning för behandling är att patienten har fått en förklaring på symtom och problem, som han/hon kan förstå och acceptera.

Behandling ska vara målinriktad och individuellt anpassad enligt rehabiliteringsplanen. Tidsperioden för behandling behöver sannolikt vara lång (ca ett år), då patienten ofta behöver mycket tid för träning på hemmaplan.

Det finns flera olika metoder för behandling. Valet av metod behöver skraddarsys efter patientens förutsättningar. Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en rekommenderad behandling, men även stresshantering och färdighetsträning är viktigt. I behandlingen bör patienten även få kunskap om att kunna diskriminera

mellan olika symtom och lära känna kroppens signaler. För specificering av olika behandlingsåtgärder.

Egenvård

En av grunderna i processen är att patienten är aktiv i sin rehabilitering/behandling. Det är därför viktigt att patienten själv tar ansvar för sin hälsa och välbefinnande, t ex genom förbättrade sömnvanor, kostomläggning och motion.

Somatoformt syndrom som enskild diagnos finns inte beskrivet i Fyss. Evidensen för fysisk aktivitet vid tillstånd som depression, långvariga smärttillstånd, ångest och stress är dock god. Vid mag- tarmkanalens sjukdomar är det framförallt vid sjukdomar i kolon och i synnerhet vid obstipation, som fysisk aktivitet har evidens, se bilaga.

Samarbete med psykiatri

Genom samarbete med vuxenpsykiatri vid bedömning och behandling skulle man kunna säkra en tidig diagnostik och behandling av eventuella samtidiga psykiatriska sjukdomar.

Även handledning av personal samt konsultation för patienter med kroniska somatoforma besvär är både önskvärt och viktigt.

Uppföljning/avslut

Uppföljning efter att rehabiliteringsplanens mål är uppfyllt ska ske efter tre, sex och tolv månader. Återfall är vanligt och det är bättre att ha glesa återbesök inbokade än att patienten ska söka ”vid behov”.

För att kunna göra ett avslut behöver patienten ha tillägnat sig kunskap om sitt tillstånd och egenvårdsfärdigheter för att förebygga återfall.

Ibland behöver diagnosen ifrågasättas. Om det har gått en längre tid kan det vara befogat att undersöka om det tillstött någon annan sjukdom.

Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående

En förutsättning för en framgångsrik behandling är att patienten och närstående får information och undervisning om tillståndet från teamet, t ex genom att de erbjuder möte med närstående.

Patienten ska genom utformning av rehabiliteringsplan vara delaktig i processen och närstående ska erbjudas delta i samtal under processens gång.

Patientsäkerhet, riskanalys

Det är av yttersta vikt att upptäcka och uppmärksamma patienter i denna grupp för att de ska få rätt behandling. Risken för en försämring av tillståndet är överhängande om patienten utsätts för omfattande och onödiga utredningar.

När patienten väl uppmärksammas är det lika viktigt att man kontinuerligt bedömer patientens somatiska tillstånd vid nya symtom, för att inte missa någon kroppslig sjukdom som uppstår under tiden.

För många patienter är det värdefullt med en fast vårdkontakt.

Det är viktigt att upprätthålla ett mångkulturellt perspektiv, eftersom uttryck och tolkning av symtom varierar mellan kulturer.

Mål och mätetal

En för patienten godtagbar förklaringsmodell och ett respektfullt bemötande. Kan mätas med t ex CSQ eller andra patientnöjdhetssenkäter.

Minska patientens lidande och öka livskvalitet och funktionsnivå. Kan mätas med t ex EQ5D.

Antalet besök i sjukvården ska minska. Kan mätas med t ex besöksfrekvens.

Dokumentation inkl KVÅ

Exempel på aktuella KVÅ-koder:

DV093	Upprättande av rehabiliteringsplan
DV094	Rehabilitering enligt rehabiliteringsplan
QV001	Information/undervisning om hälsa-ohälsa
DU011	Systematisk psykologisk behandling, kognitiv-beteendeterapeutisk
QK005	Stresshantering
DV086	Kroppskännedomsträning
QK003	Stöd och/eller träning i att utföra daglig rutin

Rehabilitering vid somatisering – allvarlig, varaktig och komplex grad (person B)

Utredning/bedömning

Den initiala bedömningen görs av specialistteamet efter remiss. Under en tvåveckors bedömningsperiod i slutenvård utreds patientens funktions- och aktivitetsförmåga samt psykiska status.

Indikationer för behandling

Behandling ska erbjudas patienter som uppfyller kriterierna för ett somatoformt tillstånd av den grad att patienten – åtminstone initialt – behöver slutenvård samt är motiverad till förändring.

Behandling

Behandlingen ska vara målinriktad och individuellt anpassad enligt rehabiliteringsplanen och ska ske i ett interdisciplinärt team, som har utbildning i det förhållningssätt som behövs vid somatoformt syndrom och utifrån ett strukturerat behandlingsprogram.

Det bör även ingå i behandlingen att utbilda patienten att diskriminera mellan olika symtom och lära känna kroppens signaler.

Tidsperioden för hela behandlingen enligt flödesschemat kan bli lång, t ex ett år, då patienten ofta behöver avsätta tid för träning på hemmaplan efter utskrivning från slutenvård. För specificering av olika behandlingsåtgärder, se bilaga.

Egenvård

En av grunderna i processen är att patienten är aktiv i sin rehabilitering/behandling, vilket möjliggörs genom att patienten förstår bakgrunden till symtomen. Då kan han/hon ta över ansvaret för sin hälsa och välbefinnande, t ex genom förbättrade sömnvanor, kostomläggning och motion.

Somatoformt syndrom som enskild diagnos finns inte beskrivet i Fyss. Evidensen för fysisk aktivitet vid tillstånd som depression, långvariga smärttillstånd, ångest och stress är dock god. Vid mag- tarmkanalens sjukdomar är det framförallt vid sjukdomar i kolon och i synnerhet vid obstipation, som fysisk aktivitet har evidens, se bilaga.

Samarbete med psykiatri

Ett gott samarbete med vuxenpsykiatri är av stor vikt eftersom det är vanligt att patientgruppen har komorbid psykisk sjukdom.

Det behöver finnas möjlighet att konsultera psykiater vid t ex vid akuta frågeställningar. Även långsiktigt samarbete behövs, t ex i teamarbete och vid bedömningar och handledning.

Många patienter behöver också psykoterapeutisk behandling där psykoterapeut från specialistpsykiatri kan vara lämplig.

Uppföljning/avslut

Uppföljning efter att rehabiliteringsplanens mål är uppfyllt ska ske efter tre, sex och tolv månader. Återfall är vanligt och det är bättre att ha glesa återbesök inbokade än att patienten ska söka ”vid behov”.

För att kunna göra ett avslut behöver patienten ha tillägnat sig kunskap om sitt tillstånd och egenvårdsfärdigheter för att förebygga återfall. Det innebär i praktiken att patienten behöver stöttning att förstärka stresståligheten genom färdighetsträning under lång tid.

Det finns en liten kategori av patienter med komplicerade psykosomatiska tillstånd. Vid sådana tillstånd bör man överväga remiss till vuxenpsykiatri.

Diagnosen kan behöva ifrågasättas. Om det har gått en längre tid kan det vara befogat att undersöka om det tillstött någon annan somatisk sjukdom.

Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående

En förutsättning för en framgångsrik behandling är att patienten och närstående får information och undervisning om tillståndet från teamet, t ex genom att de erbjuder möte med närstående.

Patienten ska genom utformning av rehabiliteringsplanen vara delaktig i processen och närstående ska erbjudas delta i samtal under processens gång.

Patientsäkerhet, riskanalys

Om patienten upplever sig felaktigt bemött eller inte får en bra förklaring till symtomen är det en risk att han/hon upplever sig ”inbillningssjuk” eller skuldbelagd. Därför är det viktigt med ett förtroendeskapande bemötande.

Tillståndet är vanligt. När patienten uppmärksammas och diagnosen är ställd är förhållningssättet fortfarande betydelsefullt.

Å ena sidan ska alltför omfattande och onödiga utredningar undvikas eftersom det finns risk att tillståndet försämras om man fortsätter med grundlösa undersökningar.

Å andra sidan är det viktigt att lyssna på patienten och inte negligera hans/hennes somatiska tillstånd vid nya symtom, för att inte missa någon kroppslig sjukdom som uppstår under tiden.

För dessa patienter är det av stor vikt att erbjudas en fast vårdkontakt. Det är även viktigt att upprätthålla ett mångkulturellt perspektiv, eftersom uttryck och tolkning av symtom kan variera mellan kulturer.

Mål och mätetal

En för patienten godtagbar förklaringsmodell och ett respektfullt bemötande. Kan mätas med t ex CSQ eller andra patientnöjdhetssenkäter.

Minska patientens lidande och öka livskvalitet och funktionsnivå. Kan mätas med t ex EQ5D.

Antalet besök i sjukvården ska minska. Kan mätas med t ex besöksfrekvens.

Dokumentation inkl KVÅ

Exempel på aktuella KVÅ-koder:

DV093	Upprättande av rehabiliteringsplan
DV094	Rehabilitering enligt rehabiliteringsplan
QV001	Information/undervisning om hälsa-ohälsa
DU011	Systematisk psykologisk behandling, kognitiv-beteendeterapeutisk
QK005	Stresshantering
DV086	Kroppskännedomsträning
QK003	Stöd och/eller träning i att utföra daglig rutin

4 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring

Rehabiliteringsplanen ska följa patienten genom hela vårdkedjan såväl i region som i kommun och vara tillgänglig för alla vårdgivare i systemet. Planen utvärderas och revideras kontinuerligt.

5 Sjukskrivningsprocessen

För patienter i öppenvården ska sjukskrivning undvikas. I de fall där det bedöms nödvändigt med sjukskrivning ska den vara en aktiv del i behandlingen. Hela teamet bör bidra med funktions- och aktivitetsförmågebedömning.

6 Patientorganisationer

Region Kronoberg samarbetar med länsorganisationer och några regionala föreningar som har medlemmar i länet. Mer information om aktuell patientförening finns på regionens hemsida, www.kronoberg.se under rubriken Hälsa och vård. Det går också att hitta kontaktpersoner och mera information om föreningens verksamhet och målsättning i en pärm i väntrummen i regionens olika mottagningar. Pärmerna är märkt "Patientinformation".

7 Kvalitetsindikatorer

Etablerat teamarbete inom Primärvården och specialistteam på Rehabkliniken.
Etablerat samarbete med Vuxenpsykiatrien.

Behandlingsprogram och informationsmaterial inom Primärvården och på specialistklinik.

Kunskap och medvetenhet om patientgruppen bland personal och allmänhet.

Ökat antal patienter som får bedömning av team på vårdcentral/specialistteam.

Ökad livskvalitet mätt med EQ5D för patienter kopplade till specialistteamet.

8 Referenser

Holm, H., & Malmström, C. Den tredje patienten. Täby: Pfizer AB.

Lundin, A. (2009). Somatoforma syndrom. I J. Herlofson (red.), Psykiatri (s. 371-396). Lund: Studentlitteratur.

Malmström, C. (2013). Somatisering [Elektronisk] Tillgänglig:

<http://www.slsso.sll.se/upload/Boo/Somatisering%20Clas%20Malmstr%C3%B6m.pdf>

Malmquist, J. (2001). Somatisering – en viktig orsak till svårbegripliga symtombilder. Läkartidningen, 51–52.

Schröder, A. (2010). Syndroms of bodily distress. Assessment and treatment.

Akademisk avhandling, Aarhus: Aarhus universitet.

9 Länkar

www.funktionellasymptom.se

www.functionaldisorders.dk

10 Bilagor

Bilaga 1

Evidens för fysisk aktivitet

Somatoformt syndrom som enskild diagnos finns inte beskrivet i Fyss. Det finns inte heller någon evidens för fysisk aktivitet/träning. Däremot finns flera närliggande tillstånd där evidensen för fysisk aktivitet är god. Det gäller t ex vid depression, långvariga smärttillstånd, ångest och stress. Vid mag- tarmkanalens sjukdomar är det framförallt sjukdomar i kolon och vid obstipation som fysisk aktivitet har evidens.

Depression

Det finns klart vetenskapligt stöd för att fysisk träning har effekt vid lätt till måttlig depression när det gäller akut behandling och att minska risken för återfall.

Mag- tarmkanalens sjukdomar

Kunskapen som finns idag talar för att ett fåtal funktionella tillstånd i mag-tarmkanalen kan förbättras genom fysisk träning. Det gäller framförallt sjukdomar i kolon och särskilt vid obstipation.

Långvariga smärttillstånd

Personer med långvarig smärta har oftare sänkt stämningsläge och i vissa fall depression. Detta gör deras situation ännu svårare. Enstaka individer kan utveckla

negativa attribut som smärtekommunikation, inadekvat och ökad smärtutbredning. Vid omhändertagandet av dessa personer är ökad fysisk aktivitet avgörande för att förbättra prognosen och minska lidandet.

Ryggbesvär (långvariga)

Huvudordination vid ryggbesvär, oavsett om besvären är akuta eller långdragna, är oftast att vara ”så normalt fysiskt aktiv som möjligt”. Absoluta kontraindikationer finns vid tillstånd som direkt hotar ryggradens stabilitet redan vid normal belastning.

Ångest

Den vetenskapliga dokumentationen av hur fysisk aktivitet påverkar ångest är begränsad. Ångestsyndrom förekommer oftare bland fysiskt inaktiva än bland aktiva. En tillfällig minskning av situationsångest (state anxiety) efter fysisk aktivitet är väldokumenterad, medan dess inverkan på den mer karaktärsfixerade och personlighetsrelaterade ångesten (trait anxiety) är mer osäker.

Stress

Då stress inte kan definieras som någon enskild diagnos diskuteras enbart generella effekter av fysisk aktivitet på psykiskt välbefinnande, bemästring och stressfysiologiska system. Regelbunden träning har bevisad effekt på flera sjukdomstillstånd där stress ingår som en av många bidragande orsaksfaktorer. Exempel på dessa kan vara hjärt- kärlsjukdomar, diabetes, depression och smärta.