



Funktionelle lidelser



Anbefalinger til udredning, behandling,
rehabilitering og afstigmatisering

Indholdsfortegnelse

1. Resumé	4
2. Summary	6
3. Baggrund	8
3.1. Anvendte begreber	8
3.2 Om diagnoser og syndromer	11
3.3 Om udredning, indikation og behandling	13
3.4 Om medikalisering og stigmatisering	15
3.5 Udbredelsen af funktionelle lidelser	17
3.6 Årsager til funktionelle lidelser	19
3.7 Behandling af funktionelle lidelser	20
3.8 Nuværende organisering af udredning, behandling og rehabilitering	22
4. Udfordringer	24
4.1. Udredning	24
4.2. Behandling og rehabilitering	26
4.3. Udveksling af information på tværs af sektorer	27
4.4. Stigmatisering	28
5. Anbefalinger	29
5.1 Basal udredning og behandling	31
5.2 Specialiseret udredning og behandling	33
5.3 Forebyggelse og rehabilitering	35
5.4 Øget viden, brugerstøtte og afstigmatisering	36
6 Referenceliste	38
Bilag 1: Medlemsliste for arbejdsgruppen	43
Bilag 2: Nuværende indsatser for mennesker med funktionelle lidelser	44

Forord

Funktionelle lidelser er hyppige. De sværeste tilfælde, som rammer ca. 1-2 % af befolkningen, kan være invaliderende. Mange patienter med funktionelle lidelser oplever lange og usammenhængende udredningsforløb, som sjældent fører til tilbud om tilstrækkelig og effektiv behandling. Tilbud til patienter med funktionelle lidelser varierer væsentligt på tværs af landet og er flere steder manglende eller utilstrækkelige.

Vi nedsatte i september 2016 en faglig arbejdsgruppe, som har rådgivet os i udarbejdelsen af disse anbefalinger. Med anbefalingerne vil vi styrke indsatsen for mennesker med funktionelle lidelser af alle sværhedsgrader på tværs af landet, og vi vil bidrage til at sikre sammenhæng og vidensdeling mellem specialer, sektorer og behandlingssteder. Vi ønsker at styrke kvaliteten af behandlingen ved at etablere rammer, der kan sikre, at de evidensbaserede behandlingsmetoder og kliniske anbefalinger, der findes på området, implementeres og bliver tilgængelige for patienter i hele landet.

Jeg håber også, at vi denne rapport kan være med til skabe afklaring på et område, som fortsat er meget omdiskuteret, både hvad angår sygdomsopfattelse og faglige perspektiver på udredning og behandling. Gennem en bedre forståelse af vilkår og behov hos mennesker med funktionelle lidelser, og et øget fokus, kan vi styrke tilbuddene til patientgruppen og fjerne stigmatiseringen i sundhedsvæsen og samfund.

Jeg vil gerne takke arbejdsgruppen for gode drøftelser og bidrag. I arbejdet har vi også haft bilaterale møder med en lang række fagfolk og interessenter på området, ligesom vi har drøftet anbefalingerne med vores Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning.

Vi har også haft dialog med en række organisationer og enkeltpersoner, der er kritiske overfor anvendelsen af begrebet funktionelle lidelser og de nuværende tilbud i det danske sundhedsvæsen. Dialogerne har bl.a. vist os, at mange patienter oplever ikke at blive taget alvorligt, at være kasterbolde mellem specialister i lange udredningsforløb, samt at få at vide, at de 'ikke fejler noget', eller at 'det sidder mellem ørerne'.

Mange patienter oplever også, at de ikke får ordentlig information om deres tilstand eller ordentlig rådgivning om muligheder for behandling og rehabilitering. En del patienter føler sig overladt til sig selv og opgiver håbet om at få behandlet deres lidelse.

Det kan vi gøre bedre! Jeg håber, at vi med denne rapport har taget det første skridt.



Søren Brostrøm
Direktør, Sundhedsstyrelsen

1. Resumé

Funktionel lidelse bruges som samlebetegnelse for en række lidelser, der alle er kendetegnet ved, at personen har et eller flere fysiske symptomer, som påvirker funktionsevne og livskvalitet, og som ofte har et karakteristisk mønster. Som ved andre tilstande skal anden fysisk eller psykisk sygdom (differentialdiagnoser) være udelukket i relevant omfang. Funktionelle lidelser er hyppige og kan i de sværeste tilfælde være invaliderende.

De nuværende udrednings- og behandlingstilbud til patienter med funktionelle lidelser varierer væsentligt på tværs af landet og er flere steder manglende eller utilstrækkelige. Mange patienter oplever lange og usammenhængende udredningsforløb, som sjældent fører til tilbud om tilstrækkelig og effektiv behandling. Medikalisering, overbehandling og stigmatisering er væsentlige risici for mennesker med funktionelle lidelser som følge af den utilstrækkelige indsats.

Organiseringen af behandlingsindsatsen bør gradueres i forhold til sværhedsgraden af den funktionelle lidelse. Organiseringen skal sikre, at patienterne kan få en samlet vurdering med inddragelse af relevante tværfaglige kompetencer, og hvor der er fokus på at samle trådene i et helhedsorienteret og afsluttet udredningsforløb. Generelt bør der sikres sammenhæng og bedre samarbejde mellem de forskellige niveauer og sektorer ud fra modeller for 'stepped-care' og 'shared-care'.

I lette og moderate tilfælde kan udredning og behandling varetages i almen praksis, med inddragelse af øvrige sundhedsprofessioner i den primære sektor, og evt. med inddragelse af sygehusfunktioner på hovedfunktionsniveau. Der bør være nem adgang til faglig rådgivning på tværs af fagligheder og sektorer, så man bl.a. kan forebygge overdiagnostisering og overbehandling og sikre en helhedsorienteret udredning og behandling på laveste effektive omkostningsniveau.

Patienter med svære funktionelle lidelser bør tilbydes en specialiseret og evidensbaseret behandling. Behandlingen kan med fordel varetages i faste tværfaglige samarbejdsrelationer, med en mere fast forankring af de tværfaglige teams for funktionelle lidelser i det somatiske sygehusvæsen. Det anbefales at inddrage alle relevante fagligheder og kompetencer, både medicinske generalister, specialister fra somatiske og psykiatriske lægespecialer og andre faggrupper som psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter m.v. Hver region bør have et eller flere specialiserede tværfaglige teams, der kan etableres som dedikerede specialafdelinger for funktionelle lidelser, som murstensløse centre, eller en kombination heraf. Den regionale specialiserede indsats kan med fordel etableres med udgangspunkt i eksisterende tværfaglige samarbejder omkring diagnostiske centre,

tværfaglige smertecentre, specialafdelinger for funktionelle lidelser, liaisonpsykiatriske funktioner m.v.

Der skal sikres øget viden om og afstigmatisering af patienter med funktionelle lidelser, både i kommuner, praksisområdet, på sygehuse og på nationalt niveau. Det er særligt vigtigt at fremme et helhedssyn i indsatsen for mennesker med funktionelle lidelser, frem for at der udelukkende er fokus på at afkræfte relevante diagnoser inden for et givent speciale.

2. Summary

Functional disorders is used as a general term to describe conditions characterized by one or more physical symptoms, affecting the patient's daily function and quality of life, and often exhibiting a characteristic pattern. As is the case with other diseases, possible somatic diseases or mental disorders (differential diagnoses) should be excluded, as relevant. Functional disorders are prevalent, and can in the most severe cases be debilitating.

In the Danish health care system, the level and quality of care for patients with functional disorders varies greatly, and is lacking or insufficient in many places. Many patients experience long and discontinuous diagnostic odysseys that rarely lead to sufficient or effective treatment options. Medicalization, overtreatment and stigmatization are serious risks for patients with functional disorders due to the insufficient care being offered.

Care should be offered gradually, according to severity, and organized to ensure comprehensive clinical assessments, with a multidisciplinary approach and a holistic focus on diagnostic efforts. Generally, cooperation and integration between sectors and units should be improved, using models for stepped care and shared care.

In cases of light to moderate severity, patients with functional disorders can be cared for in general medical practice, with relevant involvement of other primary care providers and basic hospital services, as needed. Easy access to specialized professional peer advice should be ensured across professions and sectors, to prevent overdiagnosis and overtreatment, and to ensure a holistic approach to care at the lowest effective level of care.

Patients with severe functional disorders should be offered specialized and evidence-based care, preferably in permanent multidisciplinary teams based in somatic specialized services, and with the involvement of all relevant professions and skills, including medical generalists, somatic and psychiatric specialists, other professions such as psychologists, physiotherapists, behavioral therapists etc. Each of the five regions of Denmark should have one or more such specialized multidisciplinary teams, organized either as permanent hospital departments for functional disorders, as networks of existing departments, or a combination of both models. The regional specialized multidisciplinary teams can be organized based on existing multidisciplinary structures around diagnostic centers, pain clinics, specialized departments for functional disorders, liaison psychiatry etc.

Efforts to increase information and combat stigmatization should be strengthened on all levels. It is especially important to promote a holistic approach to care, moving away from monodisciplinary foci on exclusion of differential diagnoses.

3. Baggrund

I Danmark bruges begrebet funktionelle lidelser traditionelt som en samlebetegnelse for en række tilstande og lidelser, som alle er kendetegnet ved, at personen har et eller flere fysiske symptomer, som påvirker funktionsevne og livskvalitet, og som ofte har et karakteristisk mønster. Som ved andre tilstande skal anden fysisk eller psykisk sygdom (differentialdiagnoser) være udelukket i relevant omfang. Internationalt bruges tilsvarende begreber.

Funktionel lidelse er udtryk for reel sygdom og er ikke indbildt lidelse. Funktionelle lidelser har – ligesom de fleste andre sygdomme – et bredt spektrum af alvorlighed, fra svage symptomer og lette tilfælde, der ofte går over af sig selv, over mere moderate tilfælde og til svære tilfælde, hvor patientens livskvalitet er dårlig, dagliglivets funktioner er svært påvirkede, og patienten er truet både kropsligt, socialt og psykisk.

Et fælles kendetegn for de funktionelle lidelser er, at de ikke kan påvises ved blodprøver, røntgenundersøgelser eller andre medicinske tests.

Nogle kritiserer brugen af begrebet funktionelle lidelser. Både i faglige kredse og blandt patienter har der været forslag om at opgive anvendelsen af begrebet funktionel lidelse, som opfattes enten stigmatiserende, misvisende eller utilstrækkeligt.

Der er generelt faglig enighed om, at funktionelle tilstande og lidelser bedst forstås ud fra en bio-psyko-social multifaktoriel sygdomsmodel, som inddrager både prædisponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer. Den faglige udvikling på området, herunder anvendelsen af speciale- og organspecifikke diagnoser samt sygdomskategorier baseret på udløsende faktorer eller uspecifik organpatologi, har dog på mange måde været præget af mere monofaktorielle 'apparatfejlsmodeller'.

3.1. Anvendte begreber

I denne rapport anvendes bl.a. følgende begreber:

<i>Behandling</i>	Tiltag, der har til formål at helbrede eller lindre patientens lidelse og symptomer.
<i>Diagnose</i>	Et sundhedsfagligt redskab, der afgrænser sygdomme og tilstande i forhold til hinanden på baggrund af symptomer og fund.

<i>Differentialdiagnose</i>	En diagnose, der er mindre sandsynlig end den primært mistænkte diagnose. Men en diagnose, der bør tages med i betragtning i forbindelse med udredning af individet.
<i>Funktionel lidelse</i>	En tilstand med et eller flere fysiske symptomer, som påvirker funktionsevne og livskvalitet, og som ofte har et karakteristisk mønster. Som ved andre tilstande skal anden fysisk eller psykisk sygdom (differentialdiagnoser) være udelukket i relevant omfang.
<i>Incidens</i>	Antallet af nyopståede sygdomstilfælde i en befolkningsgruppe i løbet af en given tidsperiode, fx indenfor et kalenderår.
<i>Kliniske fund</i>	Symptomer, der påvises eller fremkaldes, eller forandringer, der erkendes, ved den kliniske undersøgelse af patienten, fx raslende vejtrækning ved stetoskopi eller ømhed ved tryk.
<i>Lidelse</i>	Den subjektive påvirkning, som erfares, beskrives og forklares af patienten selv, eller dennes pårørende. På engelsk bruges betegnelsen 'illness', og generelt skelnes der skarpere mellem fx 'disease' og 'illness', end på dansk, hvor begreberne sygdom og lidelse bruges mere overlappende.
<i>Medikalisering</i>	At menneskelige udfordringer og tilstande søges forklaret gennem biomedicinske forhold og søges løst i sundhedsvæsenet.
<i>Overdiagnostik og -behandling</i>	Påvisning og behandling af tilstande, som ikke havde givet betydningsfuld sygdom i den enkeltes livstid.
<i>Patogenese</i>	En årsagsforklarende sammenhæng mellem objektive forandringer (fx knoglesammenfald i lænderyggen) og symptomer (fx smerter). Generelt antages det, at der findes relevante og delvist årsagsforklarende fysiologiske mekanismer bag de fleste lidelser, selvom mange af disse fortsat er ukendte. En sygdomsmekanisme er ikke nødvendigvis unik for ét symptom eller én lidelse, men

	kan indgå i et komplekst samspil med andre mekanismer, herunder også genetiske variationer og miljømæssig påvirkning.
<i>Prævalens</i>	Antallet af personer med en given sygdom eller tilstand på et givet tidspunkt fx på en given dato for datatræk.
<i>Rehabilitering</i>	En indsats, hvor formålet er at genskabe og vedligeholde den bedst mulige mentale, fysiske og sociale funktionsevne for individet. Rehabilitering skal give individet de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse. Indsatsen er oftest tværfaglig.
<i>Stigmatisering</i>	Mekanisme, hvor uønskede egenskaber får en form for 'overstatus', som overskygger alle personens andre egenskaber.
<i>Sygdom</i>	En sum af biologiske, psykologiske og sociale processer der påvirker helbredet, dvs. det kliniske perspektiv på forstyrrelse/ubalance/afvigelse o.lign., der kan påvises objektivt. På engelsk bruges bl.a. betegnelser som 'disease' og 'disorder'.
<i>Symptom</i>	En kropslig sensation eller observation på egen krop, der tolkes som tegn på sygdom. Feber og hoste kan fx være symptomer på lungebetændelse.
<i>Syndrom</i>	En tilstand som er karakteriseret ved en række symptomer, kliniske fund m.v. som ofte optræder sammen.
<i>Tilstand</i>	En bestemt beskaffenhed som karakteriserer den enkelte. I sundhedsfaglig sammenhæng typisk anvendt som neutral betegnelse for bio-psyko-sociale beskaffenheder, som ikke nødvendigvis er at opfatte som sygdom. Sorg, lav højdevækst, træthed, stritører, ensomhed m.v. kan være eksempler på tilstande, der ikke er sygdomme i sig selv, men som sundhedsvæsenet kan have opmærksomhed på.

<i>Udelukkelsesdiagnose</i>	En diagnose, der stilles udelukkende på baggrund af, at man har udelukket en række andre diagnoser, og ikke ud fra positive kriterier for den pågældende diagnose.
<i>Udredning</i>	En række af undersøgelser, herunder optagelse af sygehistorie, klinisk undersøgelse, blodprøver, skanninger m.v., der alle har til formål at sandsynliggøre eller afvise en eller en række af sygdomme og tilstande.
<i>Ætiologi</i>	En faktor, eller en række faktorer, der er en tilgrundgende eller udløsende årsag for en bestemt tilstand eller sygdom. En faktor kan være biologisk, psykologisk eller social.

3.2 Om diagnoser og syndromer

Diagnoser er sundhedsfaglige arbejdsredskaber, der bruges til betegnelse af sygdomsbil- leder, og som afgrænser sygdomme i forhold til hinanden. En diagnose er således en be- skrivelse og ikke en forklaring. Diagnosen er primært et redskab til sundhedsfaglig kom- munikation, dokumentation og forskning og bør derfor ikke i sig selv være afgørende for, hvilken type behandling, man som patient modtager.

Diagnoser og sygdomsbeskrivelser kan bruges frit af sundhedsfagligt personale under sædvanligt fagligt ansvar og krav til faglig omhu og samvittighedsfuldhed. Anvendelse af diagnosebetegnelser er således ikke begrænset til særlige godkendte diagnoselister m.v., men i det daglige praktiske arbejde kan det være påkrævet at anvende bestemte koder til registreringer, også selvom de tilgængelige koder både af fagpersoner og pati- enter kan opleves som upræcise og utilstrækkelige.

I Danmark har sundhedsfagligt personale pligt til at dokumentere sundhedsfaglig virk- somhed, både ved journalføring og ved kodning og indrapportering til registre og databa- ser. Ejere af sygehuse, klinikker m.v. har pligt til at sikre indberetning af oplysninger om sundhedsfaglig virksomhed til de centrale myndigheder. Til det formål anvendes koder for kontaktårsag, herunder skadesmekanismer, symptomer og diagnoser, udførte be- handlinger m.v. som anført i Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS). SKS ud- vikles og vedligeholdes af Sundhedsdatastyrelsen og bruges primært inden for sygehus- væsenet, bl.a. i forbindelse med registrering af sundhedsfaglige ydelser i de patientadmi- nistrative systemer og efterfølgende indberetning til Landspatientregistret (LPR).

I SKS indgår danske udgaver af internationale klassifikationer, herunder Verdenssundhedsorganisationens (WHO) ICD-10-klassifikation samt en operationsklassifikation baseret på den nordiske NCSP. Danmark følger normalt WHO's klassifikationer, men med relevante tilføjelser og afvigelser ud fra nationale hensyn.

Anvendelse af diagnoser repræsenterer et højt abstraktionsniveau, hvor det generaliserede og almene anvendes til betegnelse af det konkrete. Anvendelsen af bestemte diagnosekoder er samtidig en nødvendig reduktion ift. registrering, som derfor ikke kan eller skal bruges til hverken forklaring eller stigmatisering af det enkelte menneskes situation. Der er en løbende faglig udvikling på området, både generelt i forhold til det fremtidige klassifikationssystem ICD-11, og specifikt i forhold til forståelse og klassifikation af funktionelle lidelser.

Til registrering af kontakter vedrørende udredning og behandling af funktionelle lidelser kan anvendes en række forskellige koder. Anvendelse eller undladelse af bestemte koder må ikke i sig selv være bestemmende for, hvordan en tilstand opfattes hos den enkelte, og hvilken behandling, der tilbydes.

WHO's ICD-10-klassifikationssystem er opdelt i et kapitel for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser samt i en række organspecifikke kapitler. Baggrunden for denne opdeling er en historisk og kulturelt forankret sygdomsforståelse, som skelner mellem kropslige (somatiske) og sjælelige (psykiske) lidelser. Generelt for mange sygdomme og tilstande gælder dog, at en skarp skelnen mellem soma og psyke hverken er faglig meningsfuld eller hensigtsmæssig, ligesom denne dualistiske opfattelse også overser sociokulturelle faktorerets betydning for sygdomsudvikling. Samspillet mellem krop, psyke og samfund i forhold til at udløse, fastholde og helbrede sygdom er komplekst. Dette gælder også for de funktionelle lidelser.

En lang række lidelser, herunder funktionelle lidelser, har karakter af syndromer, som betegner en samling af patientoplevede symptomer, sundhedsfagligt erkendelige kliniske fund samt øvrige fænomener og karakteristika som ofte optræder sammen. For en række funktionelle lidelser og tilstande er der løbende bestræbelser i internationale faglige miljøer for at etablere faglig konsensus omkring syndrombeskrivelser. For fx fibromyalgi og kronisk træthedssyndrom har der været foreslået en række forskellige diagnosekriterier.¹⁻⁵ Tilsvarende ses også for tilstande som irritable tyktarm, smertefuld blære m.v. Ofte ændres disse konsensusbaserede syndrombetegnelser og definitioner sig over tid, i takt med at der tilkommer ny viden og sygdomsopfattelser ændrer sig.

Da de lidelser og tilstande, der samles under betegnelsen funktionelle lidelser, har en lang række fællestræk, er der i de faglige miljøer løbende bestræbelser på at afgrænse og beskrive patientgrupperne mere præcist. Forskellige betegnelser har været foreslået

som samlende begreb, herunder betegnelserne 'medically unexplained physical symptoms' (MUPS), 'persistent physical symptoms', 'somatoforme lidelser' og 'funktionelle lidelser'.⁶ I de senere år har særligt dansk forskning været med til at udvikle betegnelsen 'bodily distress syndrome' (BDS).⁷ I det aktuelle arbejdsudkast til ICD-11, den næste version af WHO's klassifikation, opereres med begrebet 'bodily distress disorder' som er placeret i et kapitel om 'mental, behavioural or neurodevelopmental disorders', hvilket desværre kan medvirke til at fastholde en uhensigtsmæssig soma/psyke-dikotomi.

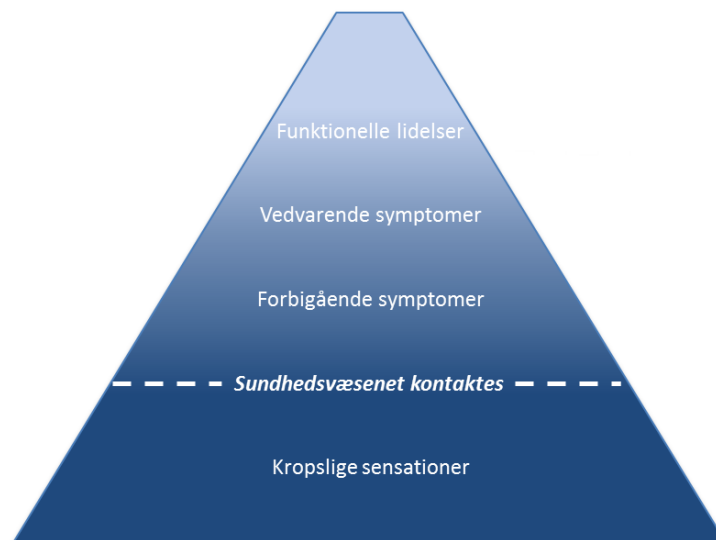
I videnskabelige studier om funktionelle lidelser er både anvendt specifikke syndromdiagnoser, og bredere samlebetegnelser for funktionelle lidelser. Blandt de funktionelle lidelser med specifikke syndromdiagnoser, der har størst hyppighed og sygdomsbyrde, findes bl.a. irritable tyktarm (irritable bowel syndrome, IBS), kronisk træthedssyndrom (chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis, CFS/ME) og andre syndromer med primært neurologiske symptomer, samt generaliseret muskuloskeletal smerte (fibromyalgi). Det skal understreges, at disse kun er eksempler på tilstande, idet det falder udenfor rammerne af disse anbefalinger, og i øvrigt vurderes uhensigtsmæssigt, at forsøge at opstille en udtømmende liste over syndromer og tilstande, der kan beskrives under samlebetegnelsen funktionelle lidelser.

3.3 Om udredning, indikation og behandling

De fleste mennesker oplever i perioder kropslige sensationer og forbigående symptomer som fx hovedpine, svimmelhed, træthed, uro i maven, uden at dette nødvendigvis er udtryk for sygdom eller kræver behandling. Ved vedvarende symptomer, særligt når disse begynder at påvirke dagligliv og funktionsevne, vil de fleste kontakte sundhedsvæsenet med henblik på udredning for at afdække sygdommens natur, karakter og alvorlighed og med henblik på, om der findes behandlingsmuligheder.

Omfang og niveau for udredning vil naturligt være afstemt efter omfanget af patientens gener. I praksissektoren, hvor man ser mange patienter med ofte forbigående symptomer, vil det således ofte være tilstrækkeligt med en basal klinisk undersøgelse og vurdering, mens den specialiserede udredning i sygehusvæsen m.v. vil være mere omfattende.

Figur 1:
Symptomkontinuum



Formålet med den sundhedsfaglige udredning er bl.a. at undersøge, om lidelsen kan forklares med en eller flere kendte og velbeskrevne tilstande, som kan beskrives i form af en eller flere diagnoser, samtidig med at man overvejer andre relevante, måske mindre oplagte og mere sjældne, tilstande (differentialdiagnoser).

I udredningen skal lægen også vurdere, om der er anden samtidig sygdom (komorbiditet), både kendt og endnu ikke erkendt, som der skal tages højde for. Ved funktionelle lidelser kan der, ligesom ved alle andre sygdomme, være tale om både psykisk (fx depression eller helbredsangst) eller somatisk (fx gigtsygdom eller hjertesygdom) komorbiditet samtidig med funktionel lidelse.

I den diagnostiske proces vil lægen (eller en anden sundhedsperson) tage udgangspunkt i de oplevelser, som patienten beskriver (symptomer), patientens tidligere sygdomme og behandlinger, biologiske, sociale og familiære dispositioner, de kliniske observationer lægen gør sig ved undersøgelsen af patienten (fund) og i resultatet af eventuelle supplerende undersøgelser med fx laboratorieundersøgelser, scanninger eller standardiserede tests.

Al behandling kan have skadevirkninger. Før lægen kan iværksætte behandling, skal der derfor foreligge en klar sundhedsfaglig vurdering og begrundelse (indikation). Derudover skal lægen afklare evt. sundhedsfaglige forbehold ved behandlingen (kontraindikationer), herunder faktorer der kan øge risikoen ved behandlingen eller gøre at denne helt må frarådes. Formålet med udredning er derfor også at afklare indikationer og kontraindikationer.

Den lægefaglige vurdering af diagnoser og indikationer, herunder karakteren og alvorligheden af lidelsen, skal beskrives i journalen ligesom eventuelle tilstande og lidelser, der kan udgøre kontraindikationer.

Inden for både somatiske, psykiatriske og socialmedicinske traditioner bruges forskellige undersøgelses- og behandlingsmetoder. Hverken bestemte somatiske udredninger (fx røntgenundersøgelser) eller bestemte psykiatriske udredninger (fx psykometriske spørgeskemaer) er en betingelse for sundhedsfaglig behandling ved funktionelle lidelser. Generelt skal udredning kun foretages i det omfang, det er relevant i forhold til den kliniske problemstilling, og der bør foretages en konkret og individuel faglig vurdering i forhold til omfanget af udredningsprogrammet.

Det er langt fra altid muligt at afdække en lidelses præcise karakter og omfang. Det er ikke en betingelse for at modtage bestemte behandlinger, at der er stillet bestemte diagnoser, eller at der er udelukket bestemte diagnoser. I sundhedsvæsenet er det således ikke ualmindeligt at behandle symptomer og tilstande som fx eksem, blødningsforstyrrelser, hovedpine, hoste, angst m.v. uden at den tilgrundliggende årsag er fuldstændigt afdækket. Men der skal altid foreligge en klar sundhedsfaglig vurdering og begrundelse for den givne behandling (indikation).

Da udredning, såvel som behandling, kan være både stigmatiserende og have potentielle skadevirkninger fx som følge af invasive procedurer eller unødigt eksponering for ioniserende stråling, skal der løbende foretages en faglig vurdering af hensigtsmæssigheden af yderligere udredning. Dette er særligt vigtigt, når lægen udreder mennesker med mulig funktionel lidelse, hvor tilstandene netop ikke kan påvises ved kliniske fund, blodprøver, røntgenundersøgelser eller andre medicinske tests. Hertil kommer, at lange udredningsforløb ofte kan have betydelige sociale konsekvenser med øget risiko for tab af erhvervs-evne.

Særligt vedr. funktionelle lidelser, der fejlagtigt har været opfattet som 'udelukkelsesdiagnoser', er der en fare for, at patienterne udsættes for unødigt omfattende og potentielt skadende udredningsforløb.

3.4 Om medikalisering og stigmatisering

En bivirkning ved den øgede specialisering af sundhedsvæsenet er, at det sundhedsfaglige helhedssyn på det enkelte menneskes lidelse svækkes, og der kan være tendens til at søge monofaktorielle og monofaglige forklaringer og løsninger. Samtidig er der i befolkningen en øget interesse for sundhed og sundhedsfaglige spørgsmål og en større søgning til sundhedsvæsenets ydelser. Endelig har sundhedsvæsenet udviklet sig med

både forbedrede patientrettigheder, ventetidsgarantier, og øgede tiltag til tidlig opsporing af sygdom m.v.

Tiltag, der skal imødegå underbehandling, indebærer dog samtidig en risiko for medikalisering og for overdiagnostik og -behandling. Overdiagnostik kan give unødigt bekymring, og overbehandling kan potentielt medføre betydelige skadevirkninger. Medikalisering kan samtidig medføre et uhensigtsmæssigt brug af knappe ressourcer i sundhedsvæsenet.

Samfundsmæssige forhold kan medvirke til at bestemte diagnoser føles frigørende; som forklaring, snarere end beskrivelse, og som adgangskort til hjælp, man ellers ikke ville have fået. Et eksempel kan være en ADHD-diagnose hos et barn, hvor forældrene efter et længere forløb endelig får en forklaring på deres søns adfærds- og indlæringsvanskeligheder og måske endelig får 'hul igennem' til at få hjælp i uddannelses- og socialsektor.

Medikalisering kan medføre, at der anvendes fx farmakologiske eller kirurgiske behandlinger, hvor psykosociale og terapeutiske indsatser havde været mere effektive, og give risiko for at det enkelte menneskes egenart reduceres til medicinsk abstraktion. Samtidig kan den øgede specialisering, samt den skarpe skelnen mellem soma og psyke, forstærke sociokulturelle faktorer, der fører til øget stigmatisering.

Risiko for medikalisering og stigmatisering er i høj grad til stede for mennesker med funktionelle lidelser. Både sundhedspersoner, de enkelte institutioner i sundhedsvæsenet og offentlige myndigheder, som fx Sundhedsstyrelsen, kan i den forbindelse føle et betydeligt pres for at anerkende bestemte diagnoser, formodede årsagssammenhænge eller behandlingsprincipper, mens man omvendt kan presses til at undlade eller forkaste andre begreber, herunder samlebegrebet funktionelle lidelser.⁸

Den stigmatisering og forskelsbehandling, der måske søges undgået ved anerkendelse af bestemte sygdomsopfattelser, kan i virkeligheden forstærkes ved, at de berørte mennesker får ineffektiv eller skadende behandling, eller fastholdes i en sygdom, trods der findes virksom behandling.

Sundhedsvæsen, myndigheder og samfund kan imødegå medikalisering og overbehandling ved i højere grad at respektere individer og anerkende individuel lidelse, snarere end at 'godkende' diagnoser, årsager og behandlinger, som ikke hviler på robust faglig viden. Forskellige sygdomme og tilstande, der tidligere var udsat for stigmatisering, er i dag er blevet afstigmatiseret. Dette gælder blandt andet kønssygdomme, stress, depression og medfødte fysiske handicap. Afstigmatiseringen er sket gennem oplysning, dialog og ved at imødegå tabu, tavshed og tvivl, ved at stigmatiserede mennesker har været åbne om deres liv, krop og tanker, og om den stigmatisering, de har oplevet. En stigmatisering de desværre også til tider har oplevet i mødet med sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet

kan i den forbindelse bidrage til at bryde stigmatiseringen ved at møde patienter med respekt og lydhørhed over for deres symptomer og ved at tilbyde inddragende, rummelige, omsorgsfulde og effektive udrednings- og behandlingstilbud.

En særlig stigmatisering synes at knytte sig til psykisk lidelse og/eller behandling i de dele af sundhedsvæsenet, der har særlige fagligheder i forhold til behandling af psykisk lidelse og anvendelse af behandlingsprincipper med fokus på menneskelige tankeprocesser og følelser. Denne risiko er i høj grad til stede ved sundhedsvæsenets møde med mennesker med funktionelle lidelser, hvor lidelserne befinder sig i grænselandet mellem somatik og psykiatri, hvor en skarp skelnen er faglig forkert, men hvor behandlingsprincipper udviklet i psykiatrien, herunder kognitiv terapi, har vist at være virksomme. Dette er på linje med, at også patienter med kendte somatiske lidelser kan have gavn af de samme behandlingsprincipper.

3.5 Udbredelsen af funktionelle lidelser

I et systematisk review fra 2013 findes en prævalens af funktionelle lidelser på 10-20 % i den voksne befolkning (op til 65 år).⁹ En svaghed ved dette review, som anvender begreberne medicinsk uforklarede symptomer og somatoforme lidelser, er, at ingen af de syv inkluderede studier har anvendt samme metode til at diagnosticere deltagerne. I Danmark er det ved et nyligt kohortestudie på ca. 10.000 mennesker fundet, at henholdsvis 10 % af mændene og 16 % af kvinderne oplyste, at de havde mindst en af fem navngivne funktionelle lidelser.¹⁰ Et dansk studie fra 2015 finder en prævalens af patienter i almen praksis med funktionel lidelse (BDS) på 17 %. Tilstanden var hyppigst blandt de 41-65 årige og lidt hyppigere hos kvinder sammenlignet med mænd.¹¹

For irriterbar tyktarm findes i to metaanalyser en prævalens, i henholdsvis Europa og på verdensplan, på 8,1 % og 11,2 %.^{12,13} Endvidere findes en fordeling på 1:1,7 mellem mænd og kvinder.

For fibromyalgi findes der i et systematisk review med en metaanalyse over 29 studier fra EURO-regionen en prævalens på 2,64 %.¹⁴ Samme review finder, at fibromyalgi næsten udelukkende forekommer hos kvinder. Andre studier finder dog, at skævheden i kønsfordelingen ikke er markant,¹⁵ hvilket stemmer overens med arbejdsgruppens opfattelse.

For kronisk træthedssyndrom finder en norsk registeropgørelse for perioden 2008-2012 en incidensrate på 25,8/100.000/år, og at tilstanden er tre gange hyppigere blandt kvinder sammenlignet med mænd.¹⁶ En analyse af data fra almen praksis i Storbritannien finder en incidensrate af kronisk træthedssyndrom på 12,6/100.000/år.¹⁷ I en spørgeskemaundersøgelse fra 2010 af ca. 60.000 mennesker i Canada svarer 1,4 %, at de er

blevet diagnosticeret med kronisk træthedssyndrom. Der blev fundet en fordeling på 1:1,7 mellem mænd og kvinder.

Alle mennesker oplever at have symptomer, der ikke kan forklares ved undersøgelse. Det kræver dog, at symptomet/symptomerne påvirker det ramte menneskes livskvalitet og funktionsniveau markant og i en længere periode, for at der er tale om en funktionel lidelse. Samtidig kan mennesker, der har en funktionel lidelse, have vidt forskellige symptomer og sygdomsforløb. For nogle starter lidelserne allerede i barndommen. Mange oplever at have et meget langvarigt sygdomsforløb. Nogle er præget af et enkelt symptom, mens andre har symptomer fra mange forskellige dele af kroppen. For mange går der årevis, inden de får en brugbar forklaring på deres symptomer og redskaber til at håndtere dem, hvis de overhovedet får det. I de sværeste tilfælde er funktionelle lidelser forbundet med invaliderende lidelse for den berørte, udstødelse fra arbejdsmarkedet, samt social isolering.¹⁸

Et kohortestudie med ca. 90.000 deltagere viser, at patienter med en række funktionelle lidelser har mindst ligeså nedsat livskvalitet som patienter med andre sygdomme, der giver lignende symptomer, og derudover en signifikant øget forekomst af depression og angst.¹⁹ Ligeledes kan lidelserne og uvisheden om dem være en stor belastning for de pårørende til den syge.²⁰ Der er blandt mennesker, der har enten irritabel tyktarm, kronisk træthedssyndrom eller fibromyalgi, en overhyppighed af andre funktionelle lidelser.^{14,21-24} Mennesker med irritabel tyktarm, kronisk træthedssyndrom og fibromyalgi har ikke øget dødelighed, men for de to sidste er der en overhyppighed af selvmord.^{21,25,26}

Funktionelle lidelser kan have store økonomiske og sociale konsekvenser for individet. I en dansk kontekst er disse konsekvenser undersøgt i en række studier. Et registerstudie fra 2015 med ca. 8.187 deltagere viser, at tilstedeværelsen af medically unexplained symptoms (MUS) er forbundet med en øget forekomst af langtidssygefravær og arbejdsløshed.²⁷ Et kohortestudie fra 2017 af patienter, der henvender sig i almen praksis, fandt efter at have fulgt patienterne i 10 år, at det at have en funktionel lidelse (BDS) var forbundet med en større risiko for at have et dårligere selv vurderet helbred, højere grad af sygdomsbekymring, større risiko for sygefravær og markant større risiko for at blive tildelt en førtidspension sammenlignet med patienter, der havde en veldefineret somatisk sygdom.²⁸ I tillæg til dette viser et studie fra 2015, hvor 1.357 patienter i almen praksis er fulgt i 2 år, at over halvdelen af dem, der havde en funktionel lidelse (BDS) i starten af opfølgingsperioden, også havde dette efter 2 års opfølgning.²⁹ Følgende model kan bruges til inddeling af sværhedsgraden af funktionelle lidelse, som også kan være vejledende ift. henvisning og visitation til specialiseret udredning og behandling:

Figur 2: Sværhedsgrad af funktionelle lidelser

Sværhedsgrad af funktionelle lidelser		
Let	Moderat	Svær
Få/lette symptomer og kun fra ét eller få organsystemer	Svære symptomer, eller lettere symptomer fra flere organsystemer	Svære symptomer, ofte fra flere organsystemer
Dagliglivets funktioner ikke påvirket i væsentlig grad	Dagliglivets funktioner er påvirket i nogen grad	Omfattende påvirkning af dagliglivets funktioner, patienten er truet ift. psykisk og/eller fysisk helbred og sociale liv
Ofte effekt af behandling	Variierende effekt af behandling	Ofte utilstrækkelig effekt af gængs behandling

3.6 Årsager til funktionelle lidelser

Fælles for funktionelle lidelser er, at årsagssammenhænge og sygdomsmekanismer er ufuldstændigt kortlagt. Der foregår en omfattende forskning både internationalt og i Danmark for at identificere mulige prædisponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer samt biologiske, psykologiske og sociale markører for specifikke funktionelle lidelser.

Den biologiske del af forskningen beskæftiger sig bl.a. med immunsystemets rolle, styringen af det autonome nervesystem, cellernes energistofskifte, samt hvordan hjernen bearbejder smerteoplevelse. Der er endnu ikke påvist biologiske faktorer, som med sikkerhed kan fastslå sygdomsmekanismerne. Flere studier beskriver biologiske fænomener som optræder samtidigt, hvilket dog kan være tilfældige fund, følger af andre tilstande, faktiske årsager eller ledsagefænomener til symptomerne.

Den psykologiske del af forskningen har identificeret mulige prædisponerende faktorer såsom bestemte personlighedstræk og barndomstraumer i form af fx sygdom hos patienten selv eller forældre samt seksuelle overgreb. Derudover ser sygdomsbekymring og uhensigtsmæssig sygdomsopfattelse, fx katastrofetænkning om symptomer og uhensigtsmæssige mestringsstrategier ud til at spille en rolle som vedligeholdende og muligvis også prædisponerende faktorer for udvikling af funktionelle lidelser.

Den socialmedicinske del af forskningen beskæftiger sig med sammenhængen mellem forekomsten af funktionelle lidelser og lavere socialstatus, herunder ringere uddannelse og tab af beskæftigelse. Det er en socialmedicinsk erfaring, at patienter med funktionelle lidelser ofte sideløbende med belastninger relateret til deres sygdom har betydelige

sociale udfordringer i relation til usikkerhed omkring arbejdsevne, og dermed større risiko for tab af forsørgelsesgrundlag. Det er en klinisk erfaring, at belastende livsomstændigheder og en uafklaret social situation kan være en væsentlig forklaring på manglende effekt af ellers relevante behandlingsforløb. Erfaringer fra andre sygdomsområder tyder på, at parallel håndtering af helbred og fastholdelse på arbejdsmarkedet kan have en selvstændig terapeutisk effekt.

Et omfattende dansk forskningsprojekt med udgangspunkt i en bio-psyko-social sygdomsopfattelse er aktuelt ved at afdække en lang række faktorer i forhold til udvikling af funktionelle lidelser. Der undersøges for, hvordan gener, det autonome nervesystem, kronisk inflammation, mitokondriefunktion, smerteoplevelse, personlighed, stress, livsstil og andre biomarkører, samt sociale og psykologisk forhold spiller en rolle i udviklingen af funktionelle lidelser.¹⁰

Ofte tager det mange år at kortlægge sygdomsmekanismer fuldt ud, ligesom udvikling af effektive behandlinger kan kræve mange års forskning for at dokumentere både effektivitet og sikkerhed. Det ligger uden for rammen af denne rapport systematisk og udtømmende at gennemgå den eksisterende forskning i årsagerne til funktionelle lidelser.

3.7 Behandling af funktionelle lidelser

Formålet med dette kapitel er at give eksempler på, hvad der foreligger af anbefalinger og evidens om behandling af mennesker med funktionelle lidelser. Kapitlet er således ikke en udtømmende gennemgang af anbefalinger og evidens. Ligeledes skal kapitlet ikke betragtes som en behandlingsvejledning, eller som en liste over godkendte eller anbefalede behandlinger.

Der foreligger evidensbaserede behandlingsvejledninger og anbefalinger for en række funktionelle lidelser, herunder irritabel tyktarm, fibromyalgi og kronisk træthedssyndrom.^{2,30-34} Kort opsummeret anbefales for alle tre funktionelle lidelser, at behandlingen bør rette sig mod symptomlindring, samt øge patientens livskvalitet, at der etableres en god læge-patient kontakt, at behandlingen individualiseres, og at non-farmakologiske interventioner bør afprøves først. Anbefalingerne bygger i de fleste tilfælde på svag evidens eller konsensus. Sundhedsstyrelsen har i 2015 udgivet en national klinisk retningslinje, som giver evidensbaserede anbefalinger til behandling af patienter med fibromyalgi.³⁵ Derudover har Sundhedsstyrelsen i 2011 udgivet en håndbog om fysisk aktivitet som forebyggelse og behandling, hvori der er evidensbaserede anbefalinger i forhold til forskellige former for fysisk træning som behandling ved blandt andet fibromyalgi, irritabel tyktarm og kronisk træthedssyndrom.³⁶ Kapitlet om sidstnævnte tilstand er revideret i

2016. Begge udgivelser er på tidspunktet for udgivelsen af denne rapport i en faglig revisionsproces og forventes udgivet i revideret form i 2018.

Som behandlingstiltag ved kronisk træthedssyndrom anbefales kognitiv adfærdsterapi (CBT) og fysisk træning/aktivitet i form af gradueret aktivitetstilpasning (GET). Endvidere anbefales lav dosis amitriptylin som behandling hos patienter, der har dårlig søvn eller smerter.

Som behandlingstiltag ved fibromyalgi anbefales blandt andet psykoedukation, CBT og acceptance and commitment therapy (ACT), fysisk træning, multidisciplinær intervention, interventioner, hvori der anvendes strategier, der retter sig mod aktivitet og deltagelse i hverdagslivet og enkelte medicinske behandlinger (amitriptylin, duloxetin, gabapentin og pregabalin). Smertebehandling med opioider frarådes.

Som behandlingstiltag ved irritable tyktarm anbefales blandt andet og alt efter symptomerne ændring af kost og motionsvaner, psykoterapi samt medicinsk behandling, herunder laksantia, peristaltikhæmmere, antidepressiva mv.

I forbindelse med udarbejdelsen af nærværende anbefalinger er den foreliggende evidens i systematiske Cochrane reviews gennemgået. I det følgende opsummeres, hvilke interventioner der peges på som effektive, ineffektive og evt. frarådelige. Når det anføres, at styrken af evidens er 'lav', betyder det ikke, at evidensen er fraværende eller modstridende, men blot at der kan være en række metodiske forbehold for de forskellige studier, fx angående studiernes omfang, design og metode. Der er tilføjet evidens fra andre kilder end Cochrane review, hvor arbejdsgruppen har anset det som hensigtsmæssigt.

For gruppen af patienter med funktionelle lidelser diagnosticeret som somatoforme lidelser, har behandling med tricyklisk antidepressiv medicin eller nyere antidepressiv medicin effekt på sværhedsgraden af symptomerne sammenlignet med placebo.³⁷ Kvaliteten af evidensen er lav. For samme gruppe har behandling med psykologisk terapi en lille til moderat effekt sammenlignet med standard behandling. Kvaliteten af evidens er lav.³⁸ Et dansk lodtrækningsstudie fra 2017 viser effekt, målt på selv vurderet helbred, af behandling med et bestemt tricyklisk antidepressiva (imipramin) i lav dosis sammenlignet med placebo for patienter med svære funktionelle lidelser (multiple organ BDS).³⁹ Et andet dansk lodtrækningsstudie fra 2012 finder effekt af CBT for samme gruppe af patienter.⁴⁰

For patienter med irritable tyktarm findes der i et Cochrane review effekt af antidepressiv behandling sammenlignet med placebo på patienternes overordnede velbefindende samt på smerter. Evidensen for antidepressiv behandling vurderes at være god.⁴¹ Der er fundet en beskeden symptomdæmpende effekt af psykologiske terapiformer umiddelbart

efter afsluttet terapiforløb, når terapien sammenlignes med ventelistebehandling. Kvaliteten af evidensen er lav.⁴²

For patienter med fibromyalgi findes der evidens af lav til moderat styrke for en begrænset til moderat effekt målt primært på smerte af en række farmakologiske og non-farmakologiske behandlinger, herunder kognitiv og anden terapi, forskellige former for fysisk træning, akupunktur, samt forskellige former for medicinsk behandling som pregabalin, milnacipran og duloxetin.⁴³⁻⁵²

For patienter med kronisk træthedssyndrom findes der evidens af lav til moderat styrke for en effekt af træningsintervention overfor patienternes træthed, mens der er evidens af moderat styrke for at træning ikke har alvorlige negative effekter.⁵³ Endvidere er der evidens for, at kognitiv adfærdsterapi har effekt over for patienternes træthed umiddelbart efter behandlingen.⁵⁴ I kapitlet om kronisk træthedssyndrom i Sundhedsstyrelsens håndbog om fysisk aktivitet konkluderes, at der er beskeden til moderat evidens for positiv effekt af fysisk træning, heriblandt især gradueret træning.

3.8 Nuværende organisering af udredning, behandling og rehabilitering

Patienter med funktionelle lidelser ses og behandles på mange niveauer i sundhedsvæsenet. Den første kontakt vil typisk være i almen praksis, men patientens forløb kan også starte i det kommunale system, fx i forbindelse med en sygemelding, og den afklaring der igangsættes i forbindelse hermed.

Den praktiserende læge kan udrede og behandle en patient med en funktionel lidelse, hvis lidelsens alvorlighed tilsiger håndtering i almen praksis, evt. ved hjælp af kommunale tilbud og øvrig praksissektor. Henvielse til privatpraktiserende speciallæge eller sygehusafdeling kan være relevant, hvis symptombilledet er uafklaret, samt hvis symptomer eller funktionsniveau tilsiger vurdering i et andet lægeligt speciale. Den praktiserende læge vil ofte være tovholder på den del af forløbet, der foregår udenfor sygehuset, og bør løbende vurdere udførte undersøgelser m.v. og lave en helhedsvurdering af nødvendighed og tilstrækkelighed af det samlede udredningsforløb.

På sygehusafdelinger foregår i begrænset omfang ambulante udredning og behandling af patienter med funktionelle lidelser inden for flere specialer, blandt andet kardiologi, anæstesiologi, neurologi, psykiatri, gastroenterologi, infektionsmedicin og reumatologi. Der er for en stor dels vedkommende tale om monofaglige indsatser, og der er betydelig mere aktivitet og flere tilbud inden for udredning, end der er inden for behandling og rehabilitering. Muligheden for indlæggelse varierer, og vil kun være relevant i få, udvalgte tilfælde.

Patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus, skal tilbydes en genoptræningsplan (GOP) af regionen. I kommunalt regi er der typisk tale om både genoptræning af funktionsnedsættelser, fx i relation til bevægeapparatet og aktivitetsbegrænsninger, samt rehabiliterings- og forebyggelsesindsatser. Specialiseret genoptræning foregår på sygehus på baggrund af en GOP til specialiseret genoptræning. Selvom patienter med funktionelle lidelser er omfattet af disse tilbud, bruges de kun i begrænset omfang.

Udredning og afklaring af borgere med funktionelle lidelser igangsættes i en del tilfælde ved at kommunerne henviser borgerne til speciallægeerklæringer for at få lægeligt belyst tilstande, hvor eksempelvis en sygdomsdiagnose ikke er forklaret. En rundspørge til ni kommuner har vist stor variation i, hvorvidt der var særlige sundhedsfaglige tilbud målrettet patienter med funktionelle lidelser, eller om de indgår i de eksisterende kommunale tilbud, suppleret med individuel vejledning.

Det er ikke muligt at tegne et samlet billede af udredning og behandling af patienter med funktionelle lidelser for hele landet, da det varierer mellem regionerne, hvor patienterne oftest modtages og følges. Det samme gør sig gældende for regionsfunktionen med de specialiserede behandlingstilbud til funktionelle lidelser. I bilag 2 ses udvalgte eksempler på aktivitet omkring funktionelle lidelser i de fem regioner og kommunerne. Den nuværende indsats tager i høj grad udgangspunkt i de enkelte syndromdiagnoser.

Der er ligeledes betydelig variation, hvad angår koordinering af og samarbejde om udredning, behandling og rehabilitering, både mellem specialer, som ser patienter med funktionelle lidelser, men også mellem regioner og kommuner. Fælles er, at hvor der er etableret solide samarbejder, har det ofte rod i et konkret kendskab til hinanden og opbygning af et samarbejde baseret på personlige relationer, fremfor et samlet tiltag dækkende adskillige aktører.

En del af forklaringen på det varierende billede er, at det har været vanskeligt at lave et standardiseret udrednings- og behandlingstilbud, som meningsfuldt kan dække alle patienters behov. Det overordnede billede er således både udtryk for karakteristika relateret til funktionelle lidelser, såsom det varierende symptombillede, men også at der er et generelt behov for at løfte indsatsen for funktionelle lidelser.

4. Udfordringer

Mange patienter med funktionelle lidelser oplever at blive stigmatiseret både ved kontakter med sundhedsvæsenet og det kommunale system. Nogle patienter oplever, at diagnoser relateret til funktionelle lidelser lukker af for yderligere udredning eller behandling, mens andre oplever at blive henvist til mange forskellige behandlere, uden at blive tilbudt effektiv hjælp og behandling. Nogle patienter har et ønske om at få tildelt en somatisk diagnose, og det fremføres ofte at dette opleves som adgangsgivende i forhold til hjælp, eksempelvis i kommunen.

Heroverfor står det kommunale perspektiv, som med udgangspunkt i servicelovgivningen, fastholder at funktionsevne, ikke diagnose, bør være udgangspunktet for kommunale tilbud. I tillæg til dette oplever mange kommuner, at udredende og behandlende læger ikke tilstrækkeligt præcist og fyldestgørende besvarer kommunens spørgsmål i relation til prognose, hvilket fører til udskydelse af afgørelser, hvorved en sag i jobcenteret kan blive det altoverskyggende problem for patienten.

Omvendt oplever mange patienter, at de – på trods af, at de har fået tildelt bestemte diagnoser – alligevel sjældent får en virksom behandling og rehabilitering med forbedret livskvalitet. Mange patienter beretter om en følelse af ikke at "høre hjemme" i nogen specialer eller sektorer, hverken klinisk, fagligt eller videnskabeligt. Endelig bemærker mange patienter en særlig stigmatisering forbundet med at blive udredt helt eller delvist i regi af psykiatrien, og at sygdomsmodeller også inkluderer psykiske mekanismer, idet patienterne sjældent identificerer sig som psykisk syge.

Den tiltagende specialisering i sundhedsvæsenet opleves som en rammebetingelse, der vanskeliggør, at der dannes et samlet billede af den enkelte patient. Det giver særligt udfordringer i forhold til patienter med komplekse sygdomsbilleder, hvor der er behov for inddragelse af flere forskellige lægefaglige specialer og sundhedsfagligheder.

4.1. Udredning

Mange patienter oplever lange udredningsforløb, ofte flere år, hvor man sendes frem og tilbage mellem både forskellige praktiserende speciallæger og sygehusafdelinger, og hvor det enkelte lægefaglige speciale synes at fokusere for meget på at bekræfte eller udelukke tilstande inden for eget speciale.

En central udfordring i såvel primær- som sekundærsektor er, at læger og andre sundhedspersoner ikke er tilstrækkeligt opmærksomme på, at patienter kan have en funktionel lidelse, hvilket bl.a. kan skyldes manglende viden om funktionelle lidelser, herunder hvordan funktionelle lidelser fremtræder, hvordan de kan udredes, og at de kan behandles. Den manglende viden og fejlagtige tro på, at funktionelle lidelser er tilstande, der ikke kan behandles, synes at føre til en unladelse af klinisk fokus, og indebærer en risiko for at der foretages unødigt diagnostik. Den manglende viden kan også føre til overbehandling med risiko for komplikationer og skade, fx ses en overhyppighed af fjernelse af galdeblære, livmoder og blindtarm blandt patienter med irritable tyktarm.⁵⁵

Udredning af de fleste patienter med funktionelle lidelser starter i almen praksis. Den praktiserende læge kan supplere egne undersøgelser med henvisning til relevant praktiserende speciallæge eller somatisk afdeling. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) udsendte i 2013 en klinisk vejledning om funktionelle lidelser,⁵⁶ som dog ikke bruges særligt udbredt. Ellers er der generelt ikke tilgængelige dansksprogede retningslinjer for det sundhedsfaglige personale, hverken i praksissektor eller det specialiserede sygehusvæsen m.v.

Henvisning af en patient med funktionel lidelse til en eller flere praktiserende speciallæger eller sygehusafdelinger kan ofte resultere i lange udredningsforløb, særligt for patienter med symptomer fra flere organsystemer, hvor det enkelte speciale eller speciallæge primært fokuserer på at afkræfte sygdom inden for eget speciale. Den praktiserende læge mangler generelt gode muligheder for at henvise til et sted i sundhedsvæsenet, der kan lave en mere helhedsorienteret og tværfaglig udredning og afklaring.

De socialmedicinske afdelinger har generelt erfaring og kompetencer i forhold til udredning og vurdering af funktionsevne, også ved komplekse problemstillinger. Kommuner har i alle regioner samarbejdsaftaler med de socialmedicinske afdelinger i forhold til klinisk udredning af funktionsevne.

Patienterne kan opleve utilstrækkelig kommunikation og sammenhæng i udredningsforløbet. Der er et ønske om en tovholderfunktion og god tid til at gå i dybden tidligt i forløbet for at få afklaring og undgå lange udredningsforløb.

Den manglende faglige konsensus om sygdomsbetegnelser, brug af diagnosekoder m.v. er også en væsentlig udfordring, hvor mange patienter oplever at "skifte diagnose" ved skift mellem specialer, selvom deres gener og symptomer af den grund ikke bliver bedre forklaret eller afhjulpet. Udfordringerne vedrørende brugen af diagnosekoder kan bl.a. skyldes, at der er store overlap mellem forskellige sæt af diagnostiske kriterier på tværs af nogle funktionelle syndromdiagnoser, og at der ikke på tværs af specialer er konsensus om terminologi og kodning. Svær funktionel lidelse med flere symptomer fra flere

organsystemer opfylder ofte kriterierne for flere funktionelle syndromdiagnoser samtidig, og der er i ICD-10 ikke mulighed for at anvende én diagnosekode, der er dækkende for tilstanden.

4.2. Behandling og rehabilitering

Mange patienter oplever, at de efter afsluttet udredning ofte afsluttes uden et reelt behandlingstilbud, og nogle patienter oplever, at de bliver opgivet af systemet. En del patienter bruger mange ressourcer på selv at skulle koordinere udredning og behandling i sundhedsvæsenet samt afklaring af sociale indsatser i det kommunale system.

Generelt mangler almen praksis mulighed for henvisning til relevante behandlingstilbud i primærsektoren, særligt for at kunne hjælpe patienter med let til moderat funktionel lidelse, som ikke kan tilbydes specifik behandling efter endt udredning i organspecifikt speciale. Samtidig er forekomsten af patienter med funktionelle lidelser i almen praksis stor, lidelserne strækker sig ofte over år, og patienterne har betydelig risiko for at miste deres indtægtsgrundlag grundet sygefravær mv. Dette tegner et billede af en stor udfordring for almen praksis i forhold til etablering og udbredelse af virksomme behandlingstilbud. I tillæg til dette er der ofte manglende kendskab til eksisterende tilbud, og meget afhænger af den praktiserende læges personlige kendskab til fx fysioterapeut eller psykolog med relevante kompetencer. Det kan også være en hindring, at behandling i primærsektoren i nogle tilfælde er forbundet med egenbetaling.

De somatiske afdelinger har ofte ikke selv behandlingstilbud og mangler ligeledes tilbud at henvise til samt viden om de eksisterende tilbud. For patienter med svær funktionel lidelse, som eventuelt har behov for henvisning til en specialiseret sygehusfunktion, kan der være lang ventetid til et behandlingstilbud.

Tidligt indsættende psykoedukation og grundig information om den forventede tilstand kan medvirke til at undgå fastholdelse af symptomerne samt bedre patienternes generelle velbefindende. Patienter kan desuden have et behov for forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, allerede mens de er under udredning, og ikke først når der foreligger en diagnose. Sådanne tilbud eksisterer kun enkelte steder, og der mangler et overblik over dem.

Kommunerne møder borgere med funktionelle lidelser i mange sammenhænge, herunder i de kommunale trænings- og rehabiliteringstilbud, i hjemmeplejen, i socialafdelingerne, i børne- og ungeafdelingerne og ikke mindst i jobcentrene. En af de centrale udfordringer for kommunerne er, at sundhedsvæsenet har svært ved at levere relevante tilbud om hurtig udredning og behandling til borgere med funktionelle lidelser. Derfor går

der ofte lang tid, fra borgeren første gang bliver sygemeldt eller får et træningsbehov, til det bliver tydeligt, at der kan være tale om en funktionel lidelse.

Mange med funktionel lidelse kan opleve, at nogle af de indsatser og speciallægeundersøgelser, som kommunen henviser dem til, ikke afhjælper tilstanden, men forlænger processen. Omvendt kan kommunerne opleve kun at kunne tilbyde indsatser med begrænset udbytte for den enkeltes samlede situation, eller som forværrer borgerens tilstand. I den forbindelse kan det være en udfordring, at indsatser i kommunalt regi ofte er begrænsede til en kortere tidsperiode, mens behandling af en funktionel lidelse kan tage længere tid.

I kommunerne varetages en borgers mange forskellige behov i forskellige forvaltninger med forskellige kompetencer. Den tværgående koordination internt i kommunen og til regionale behandlingsenheder kan være vanskelig, da der er mange aktører og ikke tradition eller standarder for en samlet rehabiliteringsplan på tværs af forvaltninger og sektorer.

4.3. Udveksling af information på tværs af sektorer

Som på andre områder er det også i forhold til funktionelle lidelser en udfordring, at det er vanskeligt at udveksle information på tværs af de sektorer og aktører, som indgår i de komplekse patientforløb.

Det tværsektorielle samarbejde mellem kommune, almen praksis, privatpraktiserende speciallæger, psykologer, fysioterapeuter og hospitalsvæsen omkring patienter/borgere med funktionelle lidelser kan således være præget af udtalte problemer med utilstrækkelige kommunikationsveje. Dertil kommer manglende dialog trods behov for koordinering af indsatser, og fordomme på tværs af fag- og sektorgrænser, som hæmmer initiativ til samarbejde.

Der er et stort behov for, at de forskellige aktører på området får et øget kendskab til hinandens kompetencer og tilbud til patienterne, samt at der opbygges tillid til indsatser givet andre steder. Der er også et behov for at forbedre kommunikationen mellem fx praktiserende læge / udredningsenhed og relevante kommunale forvaltninger, samt muligheden for at fx praktiserende læge / kommunal forvaltning kan få sparring og rådgivning omkring en mere specialiseret indsats.

I forbindelse med reformen af førtidspension, fleksjob og ressourceforløb, samt sygedagpengereformen, er der blevet etableret et obligatorisk samarbejde mellem kommunerne og sundhedsvæsenet om udredning af borgere samt brug af lægefaglig rådgivning.

Samarbejdet bliver evalueret i forbindelse med den aktuelle evaluering af reformerne, men de hidtidige erfaringer er gode og ser blandt andet ud til at have reduceret kommunernes brug af speciallægeerklæringer.

4.4. Stigmatisering

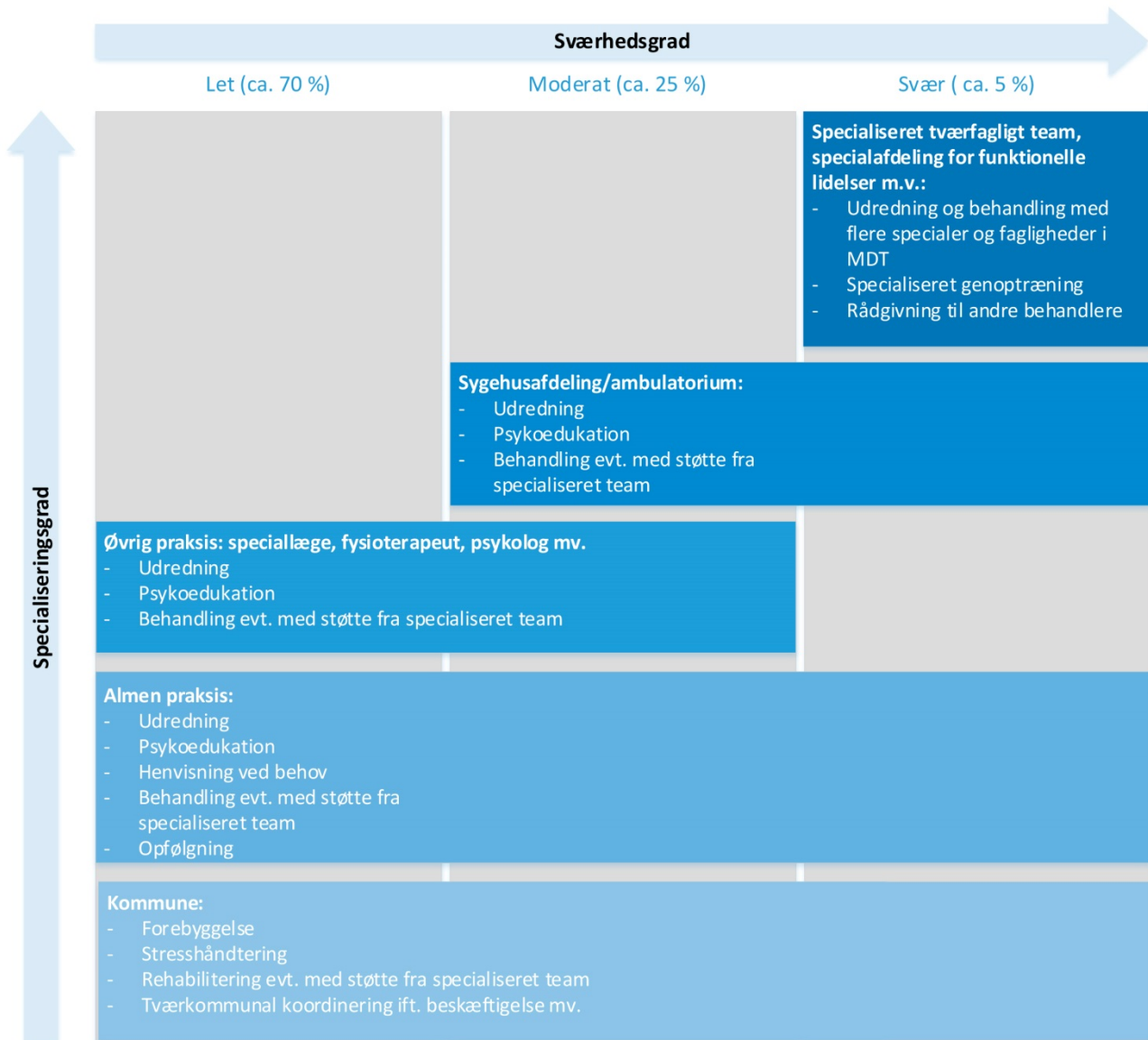
Som nævnt i afsnit 5.4 er der en udtalt stigmatisering af mennesker med funktionelle lidelser, som ofte kan forstærkes ved, at de berørte mennesker får ineffektiv eller skadelig behandling eller fastholdes i en sygdom, der kan behandles. Stigmatiseringen synes særligt at knytte sig til udredning og behandling som varetages af fagpersoner og faglige miljøer, der befinder sig i grænselandet mellem somatik og psykiatri, og som anvender behandlingsprincipper udviklet i psykiatrien, herunder kognitiv terapi. Stigmatiseringen synes også at føre til fejlagtige opfattelser, både i sundheds- og socialfaglige kredse og i samfundet generelt, om at funktionel lidelse ikke er 'rigtig' sygdom, at det er 'indbildt syge', at det er 'noget psykisk' osv.

5. anbefalinger

Patienter med funktionelle lidelser bør, ligesom andre patienter, have tilbud om udredning og behandling tilpasset deres præferencer og behov, med fri og lige adgang, og af høj kvalitet. Det primære mål er at helbrede patienten, og hvis dette ikke er muligt, at lindre tilstanden og optimere patientens funktionsevne og livskvalitet. Samtidig bør udredning og behandling af patienterne være koordineret og integreret med en hurtig og effektiv afklaring i forhold til arbejdsfastholdelse, funktionsevne og forsørgelsesgrundlag, kommunale støttetilbud og rehabiliteringstilbud. Et væsentligt fokus bør således være på den sociale ulighed, der også gør sig gældende for mennesker med funktionelle lidelser, fx hvor gennemførelse af uddannelse eller opretholdelse af beskæftigelse er truet. Fremtidige tilbud til patienterne bør i højere grad være parallelle end sekventielle.

Det anbefales at organiseringen af behandlingsindsatsen gradueres i forhold til sværhedsgraden af den funktionelle lidelse, jf. figur 2, side 14. Organiseringen skal sikre, at patienterne kan få en samlet vurdering med inddragelse af relevante tværfaglige kompetencer, og hvor der er fokus på at samle trådene i et helhedsorienteret og afsluttet udredningsforløb. Generelt bør der sikres sammenhæng og bedre samarbejde mellem de forskellige niveauer og sektorer ud fra modeller for 'stepped-care' og 'shared-care'.

I figur 3 er sværhedsgraden af sygdom sat i relation til relevante indsats og specialiseringsniveauer. Der er tale om overordnede betragtninger, og det vil være en individuel vurdering, hvilken indsats, der er behov for i det enkelte tilfælde. Fælles for alle patienter er, at de ikke behøver at starte på "trin 1", men i stedet på det "trin", der findes mest relevant. Uanset sværhedsgraden skal der ske en vurdering af behovet for en koordineret tværfaglig og tværsektoriel indsats. Den angivne andel af patienter med sværhedsgrad let-svær er baseret på arbejdsgruppens skøn.



Figur 3: Organisering af behandlingsindsatsen for patienter med funktionelle lidelser

Alle regioner udreder og behandler i dag patienter med funktionelle lidelser, ofte som tidligere beskrevet i langtrukne og usammenhængende forløb. Den regionale indsats kan med fordel organiseres mere hensigtsmæssigt, så der både skabes mere kvalitet for patienten, og så der sikres en mere hensigtsmæssig anvendelse af ressourcer i det specialiserede sundhedsvæsen.

Regionerne oprettede i 2015 en række centre målrettede patienter med uforklarede symptomer, og hvor der var mistanke om bivirkninger til HPV-vaccination. Sundhedsstyrelsen udsendte efterfølgende anbefalinger til den faglige organisering af disse tilbud.⁵⁷ Erfaringer herfra kan bruges fremadrettet til at sikre mere faste faglige rammer om tilbud til patienter med symptomer fra et eller flere organsystemer, hvor funktionelle lidelser kan være en mulighed.

En model for hvordan en specialiseret tværfaglig funktion kan opbygges og varetages for mennesker med svære funktionelle lidelser, kan bl.a. ses i afdelingen for Funktionelle lidelser ved Aarhus Universitetshospital, som er kendetegnet ved:

- at indgå som en integreret del af det offentlige sundhedssystem
- at være lægeligt ledet og have mange fagligheder i patientbehandlingen
- at anvende evidensbaserede behandlingsprincipper
- at bruge både individuelle og gruppebaserede behandlingselementer
- at tilbyde information, undervisning og viden til det øvrige sundhedsvæsen, patienter, pårørende, kommuner, offentlighed, medier m.v.
- at arbejde forskningsbaseret i nationale og internationale netværk

5.1 Basal udredning og behandling

I lette og moderate tilfælde af funktionelle lidelser kan udredning og behandling ofte varetages i almen praksis, med inddragelse og henvisning til øvrige praktiserende speciallæger og sundhedsprofessioner, og evt. med inddragelse af sygehusfunktioner på hovedfunktionsniveau. For både at forhindre unødigt medikalisering og overbehandling og for at sikre helhedssyn og optimal ressourceanvendelse, er det væsentligt, at indsatsen organiseres, så det er muligt at behandle så mange patienter som muligt i almen praksis, øvrig primærsektor og på hovedfunktionsniveau i sygehuset.

Det anbefales, at lægen i mødet med en patient, hvor sygehistorien giver mistanke om funktionel lidelse, gennemfører en sygdomsfokuseret bio-psyko-social udredning med fokus på at afdække symptomer, funktionsnedsættelser og evt. anden somatisk eller psykisk lidelse, hvortil der findes et behandlingstilbud. Udredning bør være på klar lægelig indikation, og ikke fortsættes unødigt længe på grund af risiko for kronisk sygdom og skade ved undersøgelse eller behandling.

Indsatsen i almen praksis kan tage udgangspunkt i den kliniske vejledning vedr. funktionelle lidelser som er udarbejdet af Dansk Selskab for Almen Medicin,⁵⁶ som dog ikke er

blevet opdateret siden udgivelsen. Ligesom for andre sygdomsområder er det væsentligt at etablere evidensbaserede kliniske retningslinjer med både anbefalede behandlinger, og med behandlinger, der frarådes pga. manglende evidens, mulige skadevirkninger m.v. Det anbefales, at øvrige relevante faglige selskaber udarbejder kliniske retningslinjer for udredning og behandling af patienter med funktionelle lidelser, som er domineret af symptom(er) inden for det enkelte speciale. Retningslinjerne kan med fordel indeholde afsnit med forslag til behandlingsstrategi for almen praksis samt relevant patientinformation.

Såfremt sygdomsbilledet er foreneligt med en funktionel lidelse, er det vigtigt at identificere dette og informere patienten herom, også tidligt i forløbet og under udredningen. Dette med henblik på at kunne tilbyde effektiv behandling i form af bl.a. psykoedukation og at hjælpe patienten til at forstå sygdommens karakter og muligheder for behandling, således at kronisk sygdom forebygges. Behandling af symptomerne kan evt. iværksættes, så snart alvorlige patologier er udelukket, således at patientens gener afhjælpes parallelt med den videre udredning. Med patientens samtykke kan pårørende involveres tidligt, hvilket kan være af stor betydning i forhold til de pårørendes forståelse for patientens situation og dermed de pårørendes mulighed for at støtte relevant.

For patienter med lette til moderate tilstande, som kan håndteres i primærsektoren, anbefales det, at den praktiserende læge selv tilbyder behandling med relevant psykoedukation, herunder strategier for mestring af sygdom, og støttende samtaler. Ved behov kan patienten henvises til psykoedukation og psykoterapi ved praktiserende psykolog med viden og kompetencer inden for patientgruppen. Der kan ligeledes henvises til praktiserende fysioterapeuter med relevante kompetencer i forhold til superviseret behandling og rehabilitering af funktionelle lidelser i form af fysisk træning og smertelindring.

Det anbefales, at den praktiserende læge i samråd med patienten vurderer behov for henvisning til en afklarende samtale i kommunen med henblik på visitation til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud ved fysio- og ergoterapeuter og evt. psykologer. Det vil være en fordel, at der udarbejdes en oversigt over disse tilbud for at sikre viden herom hos de praktiserende læger.

Det anbefales, at patienter som udredes i somatisk afdeling på hovedfunktionsniveau med påvisning af en funktionel lidelse, grundigt informeres om mulige behandlingstilbud og tilbydes relevant behandling, som fx psykoedukation og farmakologisk behandling ved irritable tyktarm. På sigt vil behandling i stigende grad kunne varetages udenfor sygehus, hvis der udarbejdes kliniske retningslinjer for håndtering i almen praksis, hos praktiserende fysioterapeuter og i kommunalt regi m.v.

Patienter med funktionelle lidelser kan være væsentligt påvirkede af deres sygdom, både socialt, økonomisk og arbejdsmæssigt. Hvis der skal sikres en relevant helhedsvurdering og behandling, fordrer det, at der er en tovholderfunktion for et samarbejde på tværs af sektorer og mellem specialer, som håndterer patienterne. I lette og moderate tilfælde bør det være den praktiserende læge, mens det i sværere tilfælde kan være en læge i et specialiseret tilbud.

Fokus bør tidligt i behandlings- og rehabiliteringsforløb, hvor det er relevant, være rettet mod afklaring i forhold til arbejdsmarkedet. I denne forbindelse skal patientens ressourcer inddrages og barrierer afdækkes.

Det vil være en fordel, hvis der etableres mulighed for nem adgang til faglig rådgivning på tværs af fagligheder og sektorer, så man kan forebygge overdiagnosticering og overbehandling, og sikre en helhedsorienteret udredning og behandling på laveste effektive omkostningsniveau. Det kan fx dreje sig om, at den praktiserende læge, fysioterapeuten eller psykologen kan have direkte og let adgang til rådgivning fra de specialiserede tværfaglige udrednings- og behandlingstilbud.

Det er afgørende, at såvel patient som behandler er opmærksomme på, at man kan have en funktionel lidelse samtidig med anden somatisk eller psykisk sygdom, ligesom ny sygdom kan opstå hos en patient med en funktionel lidelse. Derfor skal nyopståede symptomer udredes på vanlig vis og på relevant indikation. Dermed må en konklusion om, at en patient har en funktionel lidelse, ikke føre til, at udredning og/eller behandling af anden sygdom undlades. I nogle tilfælde af funktionelle lidelser kan der, som ved andre kroniske lidelser, også være en betydelig psykisk komorbiditet i form af bl.a. angst, som hvor det er relevant skal henvises til psykiatrisk udredning og behandling.

5.2 Specialiseret udredning og behandling

Hos patienter, hvor moderat-svær funktionel lidelse mistænkes, bør der være mulighed for, at den praktiserende læge eller somatiske afdeling kan henvise til en specialiseret, helhedsorienteret og tværfaglig udredning af patientens symptomer. Patienter med svære funktionelle lidelser bør tilbydes en specialiseret og evidensbaseret behandling med inddragelse af alle for patienten relevante lægefaglige specialer, psykologer og fysioterapeuter samt relevante sundheds- og socialfaglige kompetencer. Enkelte svært syge patienter kan have behov for specialiseret behandling kombineret med individualiseret rehabilitering under indlæggelse.

Dette kan med fordel varetages i faste tværfaglige samarbejdsrelationer, med en mere fast forankring af de tværfaglige teams for funktionelle lidelser i det somatiske

sygehusvæsen, med inddragelse af alle relevante fagligheder og kompetencer, både medicinske generalister, specialister fra somatiske og psykiatriske lægespecialer og andre faggrupper som psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter m.v.

I hver region bør der, afhængig af befolkningsgrundlaget, være et eller flere af sådanne specialiserede tværfaglige teams, som kan etableres som deciderede specialafdelinger for funktionelle lidelser, som murstensløse centre, eller en kombination heraf.

Den regionale specialiserede indsats kan med fordel etableres med udgangspunkt i eksisterende tværfaglige samarbejder omkring diagnostiske centre, tværfaglige smertecentre, specialafdelinger for funktionelle lidelser, liaisonpsykiatriske funktioner m.v. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at en sådan organisering vil kunne fremme mere hensigtsmæssige patientforløb og bedre ressourceanvendelse, med mindre risiko for medicalisering, overdiagnostik og overbehandling, og med bedre mulighed for at hjælpe flere af de patienter, man allerede i dag ser i sygehusvæsenet, til at få effektiv behandling.

Der er som tidligere nævnt betydelig stigmatisering af mennesker med funktionelle lidelser, som bl.a. er drevet af en fejlagtig opfattelse af, at funktionel lidelse er en psykisk lidelse. Der har derfor været fokus på både den organisatoriske tilknytning og faglige bemanding af sundhedsvæsenets indsatser for mennesker med funktionelle lidelser.

Det er vigtigt, at de organisatoriske rammer fremmer tværfagligheden, ikke begrænser den. Da de fleste patienter med funktionelle lidelser, der henvises til specialiseret udredning og behandling, naturligt vil have behov for udredning og vurdering i et eller flere somatiske specialer, vil det være naturligt med en mere fast forankring af de tværfaglige teams for funktionelle lidelser i det somatiske sygehusvæsen, med inddragelse af alle relevante fagligheder og kompetencer.

Terminologien omkring de specialiserede tilbud bør forsøges tilpasset disse hensyn på tværs af landet. Samlebegrebet funktionelle lidelser synes fortsat at være det begreb, der på dansk bedst dækker området, og afdelinger/centre/enheder for funktionelle lidelser virker umiddelbart som det mest hensigtsmæssige. Den stigmatisering, der knytter sig til begrebet funktionelle lidelser, kan forebygges ved at de tværfaglige teams tilbyder helhedsorienteret udredning, effektiv og evidensbaseret behandling, samt har fokus på viden og formidling.

Gældende specialevejledninger er upræcise på området, både for så vidt angår terminologi og specialeforankring, og Sundhedsstyrelsen vil derfor igangsætte en proces for opdatering og præcisering på tværs af både somatiske og psykiatriske specialer. Sundhedsstyrelsen vil samtidig undersøge muligheden for indførelsen af en mere neutral og ikke-stigmatiserende kodepraksis vedrørende funktionelle lidelser.

Koordination af forløb er af meget stor betydning i forhold til at sikre den relevante tværfaglighed, at al udredning sker på klar lægelig indikation, og at der løbende samles op på udrednings- og behandlingsforløb. Med involvering af flere fagligheder og specialer med et bio-psyko-socialt fokus, kan der med fordel etableres faste rammer om den tværfaglige dialog. Man kan med fordel inddrage og implementere erfaringer fra andre områder med faste etablerede multidisciplinære teams (MDT), med faste aftaler om visitation til konferencedrøftelse, dedikeret deltagelse fra både faste og ad hoc fagligheder m.v.

De tværfaglige konferencer har som hovedformål at samle op på resultater af udrednings- og behandlingsforløb på tværs af specialer, mhp. på en helhedsorienteret og inkluderende vurdering, og med sigte på udarbejdelse af en samlet behandlings- og rehabiliteringsplan. Patienterne skal involveres tæt i udarbejdelsen af en behandlingsplan og kan eventuelt inddrages i konferencen.

Det anbefales, at de specialiserede tværfaglige funktioner for funktionelle lidelser organiseres med følgende:

- lægelig ledelse og udtalt tværfaglighed, med tilknytning og inddragelse af både medicinske generalistkompetencer, specialistkompetencer fra både somatiske og psykiatriske specialer, socialmedicinske og andre socialfaglige kompetencer samt andre faggrupper som psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter m.v.
- faste rammer om det tværfaglige samarbejde og konferencer, med faste samarbejdsrelationer til øvrige specialiserede sygehusfunktioner, og dedikeret deltagelse fra både faste og ad hoc fagligheder
- anvendelse af evidensbaserede behandlingsprincipper, med inddragelse af både medikamentelle, undervisende, psykoterapeutiske som fysioterapeutiske behandlingsprincipper
- tilbyde både individuelle og gruppebaserede behandlingselementer
- tilbyde information, undervisning og viden til det øvrige sundhedsvæsen, patienter, pårørende, kommuner, offentlighed, medier m.v.
- arbejde forskningsbaseret og være forskningsaktive

5.3 Forebyggelse og rehabilitering

Patienter med funktionelle lidelser kan være i målgruppen for kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, og disse bør inddrages ved behov.

Sundhedsstyrelsen har udsendt anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud, som er relevante også for mennesker med funktionelle lidelser.⁵⁸

Det anbefales, at der i kommunerne sikres viden og kompetencer i forhold til borgere med funktionelle lidelser, herunder fx koordinatore, som dels kan visitere patienter til relevante tilbud i kommunen og varetage den tværgående koordination på tværs af forvaltninger i en samlet kommunal handlingsplan, dels fungerer som vidensperson i forhold til forskellige dele af forvaltningen. Lægefaglig udredning som udføres som led i en kommunal afklaring bør foregå på klar lægelig indikation og ikke fortsættes unødigt længe.

5.4 Øget viden, brugerstøtte og afstigmatisering

Der er et betydeligt behov for at øge viden om funktionelle lidelser, både i kommuner, på praksisområdet og på sygehusene, samt i offentligheden. Manglende viden medfører, at patienter oplever at blive mødt af mistro og stigmatisering, samt at der ikke tilbydes relevant udredning, behandling, rehabilitering og information.

Det anbefales, at der iværksættes tiltag, der sikrer øget viden om og afstigmatisering af patienter med funktionelle lidelser, både i kommuner, praksisområdet og på sygehuse. Nationalt bør opgaven løftes af patientforeninger, Sundhedsstyrelsen, faglige selskaber og andre aktører. Viden om, at patienterne har et behov for behandling, skal udbredes, således at der er et bredere blik for patienternes situation, frem for at der udelukkende er fokus på at afkræfte relevante diagnoser inden for et givent speciale. Det er i den forbindelse væsentligt at inddrage forståelse af og viden omkring arbejdsrelaterede og sociale forhold, der spiller ind, særligt i forhold til patientens samlede situation.

Viden omkring funktionelle lidelser skal udbredes i mange forskellige fora. Blandt sundhedsprofessionelle kan der fx være tale om undervisning af lægestuderende samt psykolog-, sygeplejerske-, fysio- og ergoterapeutstuderende, herunder også i forbindelse med kliniske ophold, hvor de studerende møder patienter med funktionelle lidelser. Tilsvarende bør viden om de relevante forekommende syndromdiagnoser i de enkelte specialer tilegnes i forbindelse med speciallægeuddannelsen. Særligt bør læger under speciallægeuddannelse i almen medicin uddannes i patientgruppen, hvilket allerede finder sted i hele landet med kurser af 1-3 dages varighed.

Afdelinger, hvor der er stort kendskab til funktionelle lidelser, kan indgå i arbejdet med at sikre et basalt vidensniveau, fx via information på internettet og ved undervisnings- og formidlingsaktiviteter. Dette foregår allerede flere steder, fx tilbyder afdelingen for Funktionelle Lidelser ved Århus Universitetshospital information og kurser om funktionelle lidelser rettet mod kommunerne. Dette kan med fordel foregå i større skala. Afdelinger, der

varetager udredning og behandling af patienter med funktionelle lidelser kan desuden tilbyde fokuserede ophold til interesserede læger mv.

Det anbefales, at der iværksættes tiltag, som sikrer øget evidensbaseret viden om forekomst og årsagssammenhænge, samt om effektive behandlings- og rehabiliteringstiltag for patienter med funktionelle lidelser i den øvrige praksissektor, herunder praktiserende fysioterapeuter og psykologer. I den sammenhæng kan de enkelte faglige selskaber fx danne et overblik over relevante uddannelsesaktiviteter.

Det kan være med til at øge vidensniveauet og bidrage til kvalitetsudvikling, såfremt der etableres systematisk dataopsamling om udredning og behandling af patientgruppen, fx i regi af en klinisk kvalitetsdatabase. Det vil dog fordre en faglig enighed om og overblik over registrering af patientgruppen.

Relevante faglige selskaber kan overveje at slutte sig sammen i et fagligt selskab, hvor interesserede kan melde sig ind. Et sådant selskab kan arbejde videre med videndeling, uddannelse mv. i at sikre et fælles niveau blandt læger og evt. andre sundhedsfaglige, der arbejder med patientgruppen, på tværs af specialer.

Forskning i funktionelle lidelser bør fremmes, eksempelvis ved opbygning af forskningsmiljøer ved universitetshospitalerne.

6 Referenceliste

1. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study. international chronic fatigue syndrome study group. *Ann Intern Med.* 1994;121(12):953-959.
2. Baker R, Shaw EJ. Diagnosis and management of chronic fatigue syndrome or myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): Summary of NICE guidance. *BMJ.* 2007;335(7617):446-448.
3. Lacy BE, Patel NK. Rome criteria and a diagnostic approach to irritable bowel syndrome. *J Clin Med.* 2017;6(11):10.3390/jcm6110099.
4. Clayton EW. Beyond myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: An IOM report on redefining an illness. *JAMA.* 2015;313(11):1101-1102.
5. Fitzcharles MA, Shir Y, Ablin JN, et al. Classification and clinical diagnosis of fibromyalgia syndrome: Recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2013;2013:528952.
6. Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F. Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychother Psychosom.* 2018;87(1):12-31.
7. Fink P, Schroder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res.* 2010;68(5):415-426.
8. Picariello F, Ali S, Moss-Morris R, Chalder T. The most popular terms for medically unexplained symptoms: The views of CFS patients. *J Psychosom Res.* 2015;78(5):420-426.
9. Hilderink PH, Collard R, Rosmalen JG, Oude Voshaar RC. Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: A systematic review. *Ageing Res Rev.* 2013;12(1):151-156.
10. Dantoft TM, Ebstrup JF, Linneberg A, et al. Cohort description: The danish study of functional disorders. *Clin Epidemiol.* 2017;9:127-139.
11. Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, Carlsen AH, Rosendal M. Patient characteristics and frequency of bodily distress syndrome in primary care: A cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2015;65(638):e617-23.
12. Sperber AD, Dumitrascu D, Fukudo S, et al. The global prevalence of IBS in adults remains elusive due to the heterogeneity of studies: A rome foundation working team literature review. *Gut.* 2017;66(6):1075-1082.
13. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012;10(7):712-721.e4.

14. Heidari F, Afshari M, Moosazadeh M. Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Int*. 2017;37(9):1527-1539.
15. Wolfe F, Brahler E, Hinz A, Hauser W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: Results from a survey of the general population. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(5):777-785.
16. Bakken IJ, Tveito K, Gunnes N, et al. Two age peaks in the incidence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: A population-based registry study from Norway 2008-2012. *BMC Med*. 2014;12:167-014-0167-5.
17. Collin SM, Bakken IJ, Nazareth I, Crawley E, White PD. Trends in the incidence of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in the UK, 2001-2013: A clinical practice research datalink study. *J R Soc Med*. 2017;110(6):231-244.
18. Toscano LHS. *Funktionelle lidelser. viden, samtaler og sygehistorier*. København: FADL's Forlag; 2015.
19. Joustra ML, Janssens KA, Bultmann U, Rosmalen JG. Functional limitations in functional somatic syndromes and well-defined medical diseases. results from the general population cohort LifeLines. *J Psychosom Res*. 2015;79(2):94-99.
20. Harris K, Band RJ, Cooper H, Macintyre VG, Mejia A, Wearden AJ. Distress in significant others of patients with chronic fatigue syndrome: A systematic review of the literature. *Br J Health Psychol*. 2016;21(4):881-893.
21. Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clin Epidemiol*. 2014;6:71-80.
22. Castro-Marrero J, Faro M, Aliste L, et al. Comorbidity in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: A nationwide population-based cohort study. *Psychosomatics*. 2017;58(5):533-543.
23. Robinson LJ, Durham J, Newton JL. A systematic review of the comorbidity between temporomandibular disorders and chronic fatigue syndrome. *J Oral Rehabil*. 2016;43(4):306-316.
24. Clauw DJ. Fibromyalgia: A clinical review. *JAMA*. 2014;311(15):1547-1555.
25. Wolfe F, Hassett AL, Walitt B, Michaud K. Mortality in fibromyalgia: A study of 8,186 patients over thirty-five years. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(1):94-101.
26. Roberts E, Wessely S, Chalder T, Chang CK, Hotopf M. Mortality of people with chronic fatigue syndrome: A retrospective cohort study in England and Wales from the South London and Maudsley NHS Foundation Trust Biomedical Research Centre (SLaM BRC) Clinical Record Interactive Search (CRIS) register. *Lancet*. 2016;387(10028):1638-1643.

27. Loenggaard K, Bjrner JB, Fink PK, Burr H, Rugulies R. Medically unexplained symptoms and the risk of loss of labor market participation--a prospective study in the danish population. *BMC Public Health*. 2015;15:844-015-2177-4.
28. Rask MT, Ornbol E, Rosendal M, Fink P. Long-term outcome of bodily distress syndrome in primary care: A follow-up study on health care costs, work disability, and self-rated health. *Psychosom Med*. 2017;79(3):345-357.
29. Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, Carlsen AH, Rosendal M. The prognosis of bodily distress syndrome: A cohort study in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(6):560-566.
30. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, et al. 2012 canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: Executive summary. *Pain Res Manag*. 2013;18(3):119-126.
31. Fukudo S, Kaneko H, Akiho H, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol*. 2015;50(1):11-30.
32. Weinberg DS, Smalley W, Heidelbaugh JJ, Sultan S, American Gastroenterological Association. American gastroenterological association institute guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2014;147(5):1146-1148.
33. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(2):318-328.
34. Fassov J, Fynne L, Krarup A, Engsbro A, Bak-Christensen A, Bytzer P. Dansk selskab for gastroenterologi og hepatologi. colon irritabile (IBS): Udredning og behandling. www.dsggh.dk.
35. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling/rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet. www.sst.dk.
36. Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. sst.dk.
37. Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, van Marwijk H, Hiller W, Lambert Michael J. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. . 2014(11).
38. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden Johannes C, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. . 2014(11).
39. Agger JL, Schroder A, Gormsen LK, Jensen JS, Jensen TS, Fink PK. Imipramine versus placebo for multiple functional somatic syndromes (STreSS-3): A double-blind, randomised study. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(5):378-388.
40. Schroder A, Rehfeld E, Ornbol E, Sharpe M, Licht RW, Fink P. Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: Randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2012;200(6):499-507.

41. Ruepert L, Quatero AO, de Wit Niek J, van der Heijden Geert J, Rubin G, Muris Jean WM. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. . 2011(8).
42. Zijdenbos Ingeborg L, de Wit Niek J, van der Heijden Geert J, Rubin G, Quatero AO. Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome. . 2009(1).
43. Bernardy K, Klose P, Busch Angela J, Choy Ernest HS, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. . 2013(9).
44. Bidonde J, Busch Angela J, Schachter Candice L, et al. Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. . 2017(6).
45. Theadom A, Cropley M, Smith Helen E, Feigin Valery L, McPherson K. Mind and body therapy for fibromyalgia. . 2015(4).
46. Bidonde J, Busch Angela J, Webber Sandra C, et al. Aquatic exercise training for fibromyalgia. . 2014(10).
47. Busch Angela J, Webber Sandra C, Richards Rachel S, et al. Resistance exercise training for fibromyalgia. . 2013(12).
48. Deare John C, Zheng Z, Xue Charlie CL, et al. Acupuncture for treating fibromyalgia. . 2013(5).
49. Derry S, Cording M, Wiffen Philip J, Law S, Phillips T, Moore RA. Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults. . 2016(9).
50. Cording M, Derry S, Phillips T, Moore RA, Wiffen Philip J. Milnacipran for pain in fibromyalgia in adults. . 2015(10).
51. Lunn Michael PT, Hughes Richard AC, Wiffen Philip J. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. . 2014(1).
52. Walitt B, Urrútia G, Nishishinya María B, Cantrell Sarah E, Häuser W. Selective serotonin reuptake inhibitors for fibromyalgia syndrome. . 2015(6).
53. Larun L, Brurberg Kjetil G, Odgaard-Jensen J, Price Jonathan R. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. . 2017(4).
54. Price Jonathan R, Mitchell E, Tidy E, Hunot V. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. . 2008(3).
55. Longstreth GF, Yao JF. Irritable bowel syndrome and surgery: A multivariable analysis. *Gastroenterology*. 2004;126(7):1665-1673.
56. Rosendal M, Christensen K, Agersnap L, Fink P, Nielsen C. Dansk selskab for almen medicin: Klinisk vejledning for almen praksis. *funktionelle lidelser*. www.dsam.dk. Updated 2013.

57. Sundhedsstyrelsen. *En indgang*. anbefalinger til faglig organisering af tilbuddet "en indgang". www.sst.dk.

58. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. www.sst.dk.

Bilag 1: Medlemsliste for arbejdsgruppen

I udarbejdelsen af disse anbefalinger er Sundhedsstyrelsen blevet rådgivet af en arbejdsgruppe med følgende medlemmer:

Repræsentant	Udpeget af
Ane Bonnerup Vind (formand) Søren Brostrøm (formand)	Sundhedsstyrelsen
Inger Merete Terp	Region Sjælland
Steven Haugbøl	Region Hovedstaden
Zoltan Kovacs	Region Nordjylland
Kenneth Vester Hansen	Region Syddanmark
Kirsten Wisborg / Claus Thomsen	Region Midtjylland
Birgitte Grønnegaard Jepsen	Kommunernes Landsforening
Louise Dybdal	Kommunernes Landsforening
Birthe Navntoft	Administrativ repræsentant for regionerne
Nikolaj Mors	Administrativ repræsentant for regionerne
Peter La Cour	Videnscenter for Funktionelle Lidelser,
Per Fink	Funktionelle Lidelser, Region Midtjylland
Marianne Dam Lentz	Dansk Selskab for Almen Medicin
Vibeke Neergaard Sørensen	Dansk Reumatologisk Selskab
Anne Lund Krarup	Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi
Bjarne Ørskov Lindhardt	Dansk Selskab for Infektionsmedicin
Michael S. Nielsen	Dansk Neurologisk Selskab
Nadia Lyhne Trærup Andersen	Dansk Psykiatrisk Selskab
Sven Viskum	Dansk Selskab for Samfundsmedicin
Lisbeth Frostholm	Dansk Psykolog Forening
Morten Høgh	Dansk Selskab for Fysioterapi
Helle Møller Hansen	Ergoterapeutforeningen
Thomas Peter Enggaard	Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin
Anne Cederlund Rytter / Jacob S. Holde	Danske Regioner

Sundhedsstyrelsen har varetaget sekretariatsbetjening.

Bilag 2: Nuværende indsatser for mennesker med funktionelle lidelser

Nedenfor ses udvalgte eksempler på aktivitet omkring funktionelle lidelser i de fem regioner og kommunerne:

Region Hovedstaden: Patienter med kroniske smerter behandles i tværfagligt smertecenter; hjertemedicinsk afdeling behandler patienter med Syndrom X; Synkopecentret (kardiologi) behandler whiplash associated disorders, CFS/ME; Socialmedicinsk Enhed foretager udredning af borgere henvist af kommunerne; Liaisonklinikken har gruppetilbud til patienter med kroniske smerter, whiplash.

Region Sjælland: i neurologi håndteres patienter med nyopstået neurologisk symptombillede, med mistanke om hel eller delvis funktionel baggrund; Enheden for Tværfaglig Udredning og Behandling i Holbæk behandler bl.a. irriteret tyktarm, fibromyalgi; Gynækologisk/Obstetriske afdelinger behandler vulvodyni, kroniske bækkensmerter; Filadelfia behandler patienter med PNES; Liaisonklinikkerne i Køge og Vordingborg behandler patienter med funktionel kraftnedsættelse, somatoforme tilstande, autonom dysfunktion og svær træthed.

Region Syddanmark: i neurologi håndteres patienter med kronisk smertetilstand, PNES; på Smertecenter Syd (OUH) behandles patienter med kroniske eller langvarige smerter med kendt eller ukendt årsag; på Smertecenter (Sygehus Lillebælt) behandles patienter med whiplash, irriteret tyktarm; i psykiatrisk regi foregår udredning og behandling af patienter med funktionelle lidelser.

Region Midtjylland: i infektionsmedicin visiteres og modtages patienter med potentielle funktionelle lidelser, evt. med viderevisitation til specialiseret tilbud; i reumatologi diagnosticeres patienter med fibromyalgi, chronic widespread pain; Funktionelle Lidelser (Hoved-Hjerte-Centret) udreder og behandler patienter med svær funktionel sygdom; RegionsRygcenter (Silkeborg Regionshospital) behandler patienter med rygsmerter som en del af funktionel lidelse; på Smerteklinikker behandles kroniske smerter og kronisk hovedpine med funktionel overbygning.

Region Nordjylland: i infektionsmedicin foregår udredning af post-viralt/kronisk træthedssyndrom; i reumatologien varetages kroniske rygpatienter; Smerteklinikken udreder og behandler kroniske non-maligne smertetilstande; Socialmedicinsk enhed ser mange patienter med funktionelle lidelser; i Liaisonpsykiatrien varetages psykiatrisk udredning og behandling af patienter med funktionelle lidelser

Kommunerne: I kommunerne har patienter med funktionelle lidelser ofte kontakt til flere forvaltninger og fagpersoner på samme tid. Der er typisk tale om både en genoptrænings-, rehabiliterings- og forebyggelsesindsats samtidigt med et jobafklaringsforløb, et

ressourceforløb og eventuelle andre sociale, pædagogiske og psykologisk støttende indsatser, sideløbende med at patienten via praktiserende læge udredes i det regionale sundhedsvæsen.

Nedenfor fremgår eksempler på tiltag inden for udredning, behandling og rehabilitering fra de fem regioner samt kommunerne.

Region Hovedstaden: der foregår tværfaglig behandling af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet på Tværfagligt Smertecenter; klinisk socialmedicinsk udredning af borgere henvist af kommunerne på Socialmedicinsk Enhed; udredning af patienter med funktionelle pareser og krampeanfald inden for neurologi; gruppetilbud til patienter med kroniske smerter i Liaisonklinikken.

Region Sjælland: der håndteres patienter med nyopstået neurologisk symptombillede, med mistanke om hel eller delvis funktionel baggrund i neurologi; helhedsorienteret tilbud, fx tværfaglig intervention, medicin, psykolog, fysioterapeut, socialrådgiver, smerteskoleforløb, gruppe- eller individuelle forløb på tværfaglige smertecentre; udredning og ikke-formaliserede tilbud til patienter med funktionelle lidelser i bl.a. ortopædkirurgi og gynækologi & obstetrik; udredning og behandling af somatoforme smerter, funktionelle og komplekse neurologiske, somatoforme og autonome dysfunktionelle tilstande på Liaisonklinikkerne.

Region Syddanmark: i reumatologi foregår udredning og henvisning til fx smerteenhed eller egen læge; Smertecenter Syd OUH håndterer patienter med kroniske eller langvarige smerter med kendt eller ukendt årsag; individualiseret behandling, fx medicin, samtale, psykoedukation, adfærdsterapi mv., af en række funktionelle lidelser på smertecenter i samarbejde med primærsektor og sociale myndigheder; udredning og behandling, fx kognitiv adfærdsterapi og ACT, af alle typer funktionelle lidelser i samarbejde med somatiske specialer og i konkrete tilfælde kommuner.

Region Midtjylland: der behandles patienter, fx med PNES, i neurologi i samarbejde med Funktionelle Lidelser og i sjældne tilfælde Epilepsihospitalet; i reumatologi diagnosticeres patienter med fibromyalgi; Funktionelle Lidelser varetager udredning og multifacetteret behandling; RegionsRygcenter behandler patienter med rygsmerter som en del af funktionel lidelse; behandling i form af kognitiv adfærdsterapi, fælles eller individuelt, herunder ACT, af kroniske smerter på smerteklinikker.

Region Nordjylland: der foregår udredning og behandling af kroniske non-maligne smertetilstande ved smerteklinikken; infektionsmedicin varetager udredning af fx post-viral / kronisk træthedssyndrom; behandling af patienter med PNES i Epilepsi Ambulatoriet; Ambulatorium for Liaisonpsykiatri varetager psykiatrisk udredning og behandling af patienter med funktionelle lidelser.

En rundspørge til enkelte kommuner viser, at der er en meget varierende praksis og forskel på tilbuddene fra kommune til kommune. Som eksempler på indsatser nævnes:

- Fysisk træning

- Mestringsforløb målrettet angst, depression, kroniske smerter, fibromyalgi, kronisk lænde/ryg besvær
- Tilbud om energiforvaltning
- Sundhedscoaching
- Stress og mindfulness i en blanding af holdtilbud og særligt individuelt tilrettelagte rehabiliteringsplaner, hvor også eksterne aktører anvendes i ressource- eller jobafklarende forløb.

Funktionelle lidelser

Anbefalinger til udredning, behandling,
rehabilitering og afstigmatisering

© Sundhedsstyrelsen, 2018.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-018-8

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 01.06.2018

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Juni 2018