

Håndtering av ikke-somatisk sykdom i allmennpraksis

Jon Albert Dagsson Bårnes

RAPPORT: MED-3950 FEMTEÅRSOPPGAVEN KULL 2011.
TROMSØ, PROFESJONSSTUDIET MEDISIN, DET
HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET, UIT NORGES
ARKTISKE UNIVERSITET, 2016

Forord

Det er flere aspekter ved det å være lege enn det det er mulig å lese seg til i lærebøkene. Da denne muligheten presenterte seg ville jeg bruke den på å lære om noe jeg ellers ikke ville lært noe om under studiet. Det er mange pasienter som ikke faller inn under de kliniske eksemplene fra skolebøkene eller som blir presentert som interessante caser på sykehuset. Hva med dem som egentlig *ikke* er syke? Hva med dem som har smerter som ikke kan forklares av verken røntgen, CT eller MR?

Dette er ting jeg har tenkt på en stund. Hvordan vil jeg som allmennlege fortelle en pasient at bildene ikke viser noe, når hans smerter forteller han noe annet? Hva med pasienten hvor utredning ikke gir svar, men plagene likefult reduserer livskvaliteten? Og ikke minst, hva gjør jeg videre for å hjelpe vedkommende?

Derfor benyttet jeg denne anledningen til å skaffe meg en verdifull innsikt i en hverdag som kan være over meg i løpet av kort tid. En mulighet til å lære av erfarne leger.

Takk til min veileder Torsten Risør for svært hjelpsom mailkorrespondanse og nyttige møter. Uten den hjelpen hadde jeg ikke visst hvor jeg skulle ha begynt eller avsluttet. Jeg vil også takke Mette Bech Risør for innsideinformasjon om den nye utdanningsplanen på MUS, og Kristin Hansen for fantastisk skuespill.

Takk til legekantoret og legene for at jeg kunne være fluen på veggene deres.

Takk til min samboer for tålmodigheten under de mange kveldstimene jeg har sittet foran datamaskin eller artikler.

Og, sist og minst, takk til min tasteglade ettåring som har motivert til hyppig lagring av alt jeg har skrevet.

22/5-16, Tromsø

Jon A. D. Bårnes

Arbeidsprosessen

November 2014 kontaktet jeg Torsten Risør i allmennmedisinsk forskningsgruppe etter han hadde utlyst en femteårsoppgave om tvil hos leger i allmennpraksis. Vi utformet en problemstilling som omhandlet det området jeg ønsket å skrive om, nemlig usikkerhet knyttet til ikke-somatisk sykdom i allmennpraksis. Jeg fikk tips til litteratur av Risør og fant noe selv ved hjelp av Pubmed. Etter to uker hadde jeg definert problemstillingen.

Høsten 2015 brukte jeg til å forberede mine observasjoner på legekantoret. Jeg sendte et brev til dit hvor jeg beskrev min oppgave og fremmet ønsket om å få observere leger på deres kontor noen dager i løpet av vinteren 2016. Høsten 2015 var jeg også, sammen med en medstudent med en lignende oppgave, på kontoret til Torsten Risør, hvor vi observerte en simulert konsultasjon hvor Risør var legen og en kollega av han simulerte en pasient. Jeg skrev et feltnotat, som jeg renskrev i etterkant av konsultasjonen, for å øve på observasjon og notering. Dette var veldig nyttig og i etterkant laget jeg en mal jeg brukte ved de reelle observasjonene.

Da jeg fikk barn sommeren 2015 visste jeg at oppgaveskrivingen min hovedsakelig måtte gjøres om kvelden da min samboer også er student. Jeg startet derfor allerede høsten 2015 med innsamling, vurdering og lesing av artikler. Risør gav meg en noen gode artikler hvor det ble referert til andre gode artikler og slik fikk jeg samlet en del materiale til å starte med. Videre brukte jeg Pubmed for å supplere materialet. I begynnelsen av 2016 skrev jeg innledningen og i februar/mars 2016 hadde jeg mine observasjoner. Fram mot sommeren 2016 gikk det mye tid med å analysere, tolke og diskutere mine feltnoter fra observasjonene, og å formulere dette ut i denne oppgaven.

Sammendrag

Formål: Undersøkelse av hvordan allmennleger håndterer pasienter med ikke-somatisk problemstilling i klinisk praksis.

Design: Dette er en kvalitativ undersøkelse med deltakende observasjon i allmennpraksis.

Setting: 2 allmennleger på samme legekantor, «Jonas» og «Nina» ble observert under konsultasjoner. Legene var ulike med henblikk på alder, kjønn og erfaring.

Metode: 34 ulike konsultasjoner ble observert av undertegnede hvor det ble gjort feltnoter. Konsultasjonen ble vurdert som relevant for oppgaven, av meg og legen, hvis pasienten falt innenfor kriteriene til medisinsk uforklarlige symptomer (MUS) eller det var sterk mistanke hos legen om at symptomene skyldtes MUS eller psykiatriske lidelser. Når en konsultasjon ble vurdert til å være innenfor disse kriteriene ble legens håndtering av pasienten notert ned.

Resultater: Av de 34 konsultasjonene var det 11 som ble vurdert som relevante i forhold til denne oppgaven. Legene håndterte pasientene noe forskjellig. En fellesnevner var utelukkning av somatisk sykdom, og dersom ingen sykdom ble funnet samtalte begge leger om pasientens egne tanker rundt sykdommen. Deretter ble det forskjeller på legenes videre behandling av pasienten. «Jonas» fokuserte på trygging i forhold til alvorlig sykdom, mens «Nina» fokuserte på å forklare pasienten om sammenhengen mellom psyke og soma.

Konklusjon: Det er en del likheter i håndteringen som nevnt ovenfor. Begge leger forteller likevel at deres håndtering er basert på egen erfaring og at de ikke fikk undervisning om dette under utdannelsen. Det er også forskjeller i håndteringen slik at jeg ikke kan trekke noen konklusjoner på hvordan allmennleger håndterer slike pasienter i og med at det, med kun 2 leger, er vesentlige forskjeller. Forskjellene kan skyldes mangel på undervisning og guidelines slik at legene bygger sin behandling på erfaring, eller en individualisert behandling av en stor gruppe pasienter.

Konsekvenser: Oppgaven støtter en hypotese om at selv om allmennleger har en generell tretrinnsmetode i håndtering av mennesker med MUS, finnes det store ulikheter på hvordan allmennpraktiserende leger håndterer pasienter med ikke-somatisk sykdom. Dette betyr at kvaliteten på behandlingen og ressursbruken vil kunne variere betydelig, avhengig av lege, for pasienter med samme opplevde symptomer. Større observasjonsstudier trengs for å verifisere dette.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	i
Arbeidsprosessen	ii
Sammendrag	iii
Innledning.....	1
Materiale og metode.....	6
Resultater	10
Diskusjon	15
Konklusjon	24

Innledning

En stor andel pasienter i allmennpraksis er viet lite plass i pensum på medisinstudiet. Som nyutdannet lege er det å vite hvordan man behandler pasienter som har plagsomme symptomer, men som ikke har noen åpenbar organisk lidelse, ingen selvfølge. Det å være i tvil om hvordan en går frem når det gjelder disse pasienter vil kunne skape usikkerhet, både hos lege og pasient. Hvordan håndterer allmennleger pasienter som kommer med disse problemstillingene er det sentrale spørsmålet i denne oppgaven.

Da femteårs medisinstudenter i Finland ble bedt om å fortelle hva de synes er attraktivt med å jobbe som allmennpraktiker, var det overveiende argumentet for at det var et utfordrende yrke med varierende arbeidsoppgaver. Da de ble bedt om å rangere årsaker til *ikke* å velge å bli allmennpraktiker var den hyppigste årsaken, noe paradoksalt, at det var for mye ikke-medisinske problemstillinger(1). Er det slik at et langt studie ikke forbereder framtidige leger godt nok på de tilfeller hvor symptomer ikke kan forklares? Disse «avskrekkende» tilfellene er det mye av i allmennpraktikken; internasjonalt blir 1 av 4 pasienter med diagnostiserbare mentale lidelser behandlet i førstelinjetjenesten(2). I tillegg er pasienter som presenterer medisinske uforklarlige symptomer svært vanlig i allmennpraksis(3-5).

Psykiatriske lidelser er hovedproblem hos 7 % av pasientene som kommer til konsultasjon i allmennpraksis, ifølge en studie fra New Zealand. Med tanke på at prevalensen av psykisk sykdom er på ca. 18 % er det rimelig å tro at mange av disse pasientene presenterer fysiske plager når de kommer på konsultasjon(6). Eksempler er pasienter som kommer med plager som tretthet/fatigue når det egentlige problemet er depresjon, eller hjertebank som viser seg å være angst. Den vanligste måten å løse dette på fra en allmennpraktikers side er å utelukke fysisk sykdom over flere konsultasjoner før psykisk sykdom blir et tema. Dette gjøres selv om pasienten allerede før første konsultasjon har en formening om at psykisk sykdom kan være årsak(6). Av disse konsultasjonene er ikke symptomer på psykisk sykdom gjenkjent av fastlege 71,2 % av tilfellene på den første konsultasjonen. Etter 5 konsultasjoner er det enda 19,8 % av tilfellene hvor legen ikke har gjenkjent disse symptomene(2). Det er med andre ord ingen enkel oppgave for legen å skille ut de pasienter hvor det er psykisk sykdom som er årsak til pasientens plager. Fravær av patologi ved undersøkelse og frykt for å overse potensielt farlige sykdommer er noe som kan skape stor usikkerhet hos legen(6).

Pasienter med medisinske uforklarlige symptomer får mye symptomatisk undersøkelse og behandling(5). De presenterer ofte et forvirrende bilde og mange leger føler seg overveldet ved håndtering av slike pasienter(3). Medisinsk uforklarlige symptomer (MUS) blir definert som «en tilstand hvor en person klager over fysiske symptomer som gir individet plager, eller får personen til å oppsøke lege, men hvor det ikke finnes adekvat organisk eller patofysiologisk grunnlag for symptomene»(7). Begrepet er ikke spesielt veldefinert og det hersker en del usikkerhet, og forskjellig oppfatning, rundt hvilke pasienter den enkelte lege vurderer til å ha MUS eller ikke(7). Det brukes flere begrep som «somatisering», «funksjonelle lidelser» og «medisinsk uforklarlige symptomer» om hverandre som synonymmer(8). Dette gjør det vanskelig å komme med et konkret tall på andelen av pasienter som presenterer MUS, men at det er en betydelig mengde er det stor enighet om(5).

Jeg har valgt å bruke begrepet «ikke-somatisk sykdom» i min oppgave. Det inneholder både gruppen pasienter med psykisk sykdom, som depresjon, generalisert angst og panikkangst i tillegg til den gruppen som kommer med symptomer som ikke kan forklares på et organisk eller patofysiologisk grunnlag. Disse to gruppene av lidelser virker å ha en sammenheng med hverandre og MUS opptrer ofte sammen med de ovennevnte psykiatriske lidelser(9). I sykehuspraksis blir MUS ofte kategorisert som «funksjonelle lidelser», eksempelvis fibromyalgi, fatigue og irritabel tarm syndrom. Det er vist at minst 25 % av disse pasientene i tillegg har en psykiatrisk diagnose. I en spansk studie (Aguera et al.) viste det seg at hele 80,4 % av de med medisinsk uforklarlige symptomer og kroniske smerter hadde en komorbid udiagnostisert psykisk lidelse hvor det vanligste var depresjon, men også dystymi og bipolar lidelse(10). Når en pasient viser seg å lide av en kombinasjon av MUS og psykisk sykdom vil behandlingsresponsen bli betydelig lavere enn ved kun en av lidelsene og det brukes mye konsultasjonstid og ressurser på disse personene i tillegg til at de ofte har en stor grad av uførhet(9).

I en nederlandsk studie som hadde til hensikt å kartlegge antallet ikke-somatiske problemstillinger i allmennpraksis fant de at omtrent 10 % (138/1392) av pasientene kommer til legen med en psykisk problemstilling og 22 % med en somatisk problemstilling som ble funnet å være på et psykologisk grunnlag(309/1392)(11). Det betyr at 32 % (447/1392) av pasientene som kommer til legen med ikke rene somatiske problemstillinger. Legg også merke til at i denne studien fant de at 10 % kom med rene psykiske problemstillinger til konsultasjonen, mens jeg ovenfor har skrevet at 7 % kommer med dette som hovedproblem. Dette var i New Zealand og en geografisk eller kulturell ulikhet er mulig årsak, men det kan

også være en diskrepans på definisjonen av psykisk sykdom siden dette ikke alltid er svart-hvitt diagnoser.

Manglende modeller og viten blant allmennpraktikere for håndtering av disse pasienter(3), gjør at behandlingstilbudet og håndteringen av disse pasienter baserer seg i større grad på internaliserte, fastsatte rutiner fremfor evidens-basert viten(12). Dette kan føre til ulikheter på hva slags oppfølging disse pasientene får.

I tillegg til at disse to grupper av pasienter som kommer med ikke-medisinske, eller mer korrekt, ikke-somatiske sykdommer, kan skape usikkerhet som følge av begrenset viten og lite fokus på tematikken i vestlige medisinerutdannelse(7), så vil disse pasientene ofte starte konsultasjonen med andre, og mindre, plager enn de aktuelle før de gir legen såkalte «cues» om den «egentlige» årsaken til at de er der(13). «Cues» er et verbalt eller non-verbalt hint i et forsøk på å få legens fokus rettet over på et bestemt problem. Altså presenterer ikke pasienten problemet rett ut. I en britisk studie ble det vist at 70 % av pasientene som kommer med «cues» under konsultasjonen ikke får legen til å ta opp problemstillingen(13). Når disse «cues» ikke blir adressert vil det kunne påvirke pasient-lege forholdet negativt og usikkerhet hos både pasient og lege kan oppstå som en konsekvens.

Usikkerhet er en stor del av en allmennpraktikers hverdag, noe som virker både tiltrekkende og frastøtende for medisinstudenter. Blant 5. års medisinstudenter er det, ved en spørreundersøkelse gjort i Finland, vist at 90 % er redde for å gjøre en feil i praksisperioden i allmennmedisin og 22 % oppgir at de tolerer usikkerhet dårlig(14). Britiske nyutdannede leger forteller at de føler seg usikre og lite forberedt på det første møtet med en pasient hvor symptomer ikke kan forklares og at det under studiet er lite utdanning og trening av håndtering av slike pasienter(15). Det samme er nok også tilfellet på medisinstudiene på de norske universitetene. I følge Czachowski et al. sin kvalitative studie med fokusgrupper med til sammen 14 polske allmennpraktiserende leger er det tre punkter som fører til usikkerhet hos legen: negative følelser ovenfor pasienten, lite fokus på MUS under utdanningen og mangel på guidelines(16). Med negative følelser er det vist at mange leger, spesielt nyutdannede, opplever frustrasjon og irritasjon over å ikke klare å sette en spesifikk diagnose på bakgrunn av symptomene som presenteres, noe som igjen fører til usikkerhet i forhold til behandling videre(17). I tillegg vil ikke slike følelser hjelpe på forholdet mellom pasient og lege, noe som er viktig i forhold til behandlingen.

Når det gjelder behandling av pasienter med ikke-somatisk sykdom er det vist at det muligens er forskjeller på den behandling pasienten får(18). Denne antakelsen kommer fra intervju med leger, ikke observasjoner. Nå er det slik at begrepet ikke-somatisk sykdom eller MUS er store begreper som omfatter et vidt spekter av lidelser. Det kan være årsaken til den ulike behandlingen pasientene får, samt at å skreddersy behandlingen til individet kan være viktig ved MUS.

Howman et al. konkluderer med at den usikkerheten legen opplever ved håndtering av MUS-pasienter skyldes usikkerhet vedrørende behandling(17) som igjen skyldes to hovedpunkter:

1. Å introdusere det psykologiske perspektiv inn i pasientens symptomer synes mange leger er svært vanskelig. Å forklare pasientens symptomer til pasienten er for mange også vanskelig. Mange pasienter føler at legen ikke tar dem seriøst når legen insisterer på å bringe inn en psykologisk faktor til deres symptomer, noe som ofte vil påvirke relasjonen mellom lege og pasient negativt(19).

- 2.. Den andre mulige årsak til ulik behandling er mangelen på utdanning. Legene i studien forteller at de har hørt om MUS under utdannelsen, men behandlingen av slike pasienter var ikke en del av undervisningen.

Det nevnes også at i den ovennevnte studien fant de at alle legene har et initialt fokus på å utelukke somatisk sykdom.

En norsk studie fra Vest-Agder viser at ved konsultasjoner hvor pasienten allerede har fått en MUS-diagnose, altså symptomer som er utredet uten patologiske funn, så vil 1/5 allikevel fortsatt få henvisning eller nye prøver/tester(18). En årsak ble vurdert til å være legens følelse av å komme til kort og legens egen usikkerhet, og i mindre grad pasientens interesse. Legens usikkerhet på videre håndtering vil kunne føre til henvisninger og prøver for å betrygge legen og eller for å kunne avrunde konsultasjonen, siden legen ikke vet hvordan han/hun skal gå videre i håndteringen av pasienten(17). Det er funnet at noen leger bruker sykemelding som en metode for å få avrundet konsultasjonen, i mangel på andre alternativer(20).

Flere av de ovennevnte studiene peker på manglende kunnskap og opplæring under studiet som mulig årsak til at leger opplever usikkerhet under konsultasjoner med disse pasienter(16-18). Czachowski mener at det er tradisjonelt mye fokus på biomedisinsk modell i undervisningen, og en vridning over mot en mer biopsykososial modell kan være en mulig løsning for å bedre utdanningen til leger(16). Siden det undervises lite i den formelle

utdanningen vedrørende behandlingen av pasienter med MUS er det mulig at det, sammen med oppbygging av erfaring, tilegnes kunnskap om behandling via uformelle kanaler. Det vil si fra andre mer erfarne leger(17). Dette stiller krav til de erfarne klinikere som rollemodeller, men det vil nok naturlig bli en viss ulikhet i hva de forskjellige studenter lærer om håndteringen på denne måten.

I denne oppgaven har jeg ved hjelp av observasjoner sett på hvordan legen håndterer usikkerheten som oppstår når symptomer hos pasienter ikke kan forklares av sykdom eller skade. Dette har jeg gjort på et allmennpraktiserende legekantor. I tillegg har jeg spurt legene om hvordan han eller hun har tilegnet seg denne metoden for behandling siden det er lite av undervisning på området under utdanningen.

Materiale og metode

Dette er en kvalitativ observasjonsstudie hvor jeg observerte konsultasjonene ved fysisk å være i konsultasjonsrommet.

Målet var å finne ut og forstå hvordan leger gjør dette. Jeg gjorde dette ved å observere konsultasjoner og ta feltnoter. To forskjellige leger ble observert som hadde ulik erfaringsmengde, alder og kjønn.

Det arbeider 4 leger på det aktuelle legekantoret og hver av dem eier sin egen praksis. Legene har mellom 700 og 1000 pasienter hver på sin liste. Det er satt av 20 minutter til hver pasient, og hver lege har tilpasset sin timeplan med mengde tid uten pasient de selv ønsker, til for eksempel administrativt arbeid. Det gjør at antall pasienter legen har inne på konsultasjon varierer fra lege til lege og fra dag til dag, men det ligger på ca. 15-25 pasienter hver dag. Legekantoret har, slik som de fleste andre legekantorer, et eget laboratorium hvor man kan få raskt svar på enkle prøver som urinstix, CRP, hvite blodlegemer med differensialtelling, hemoglobin, EKG og spirometri. Andre blodprøver sendes inn til sykehusets laboratorium og man får da elektronisk svar i løpet av 2-3 dager. En viktig ressurs for allmennpraktikeren ved både diagnostisering og behandling er henvisning til spesialister, både på sykehus og private spesialister. Ventetiden på time ved henvisning varierer fra samme dag (for eksempel røntgenbilde ved mistenkt brudd) til flere måneder. Ved mistenkt alvorlig sykdom kan pasienter henvises til akuttmottaket umiddelbart, for vurdering av innleggelse på sykehuset. Jeg så på hvilke verktøy eller tiltak som legen bruker ved behandling av pasienter med ikke-somatisk sykdom.

Observasjon på legens framgangsmåte er valgt som metode for å kunne få med alle aspekter av konsultasjonen og samtalen mellom lege og pasient. Det ga meg mulighet til, bedre enn ved video/lyd-opptak, å tolke det non-verbale samspillet mellom lege og pasient. Det ga meg også mulighet til å variere min rolle mellom det å være observatør, tilhører til pasient og lege, og som medisinstudent/assistent(21). Det ga meg muligheten til å spørre legen om hvilke tanker og refleksjoner som er gjort rundt pasienten og eventuelle tiltak, i tillegg til legens vurdering i forhold til om dette er en pasient med somatisk lidelse eller eventuelt en ikke-somatisk manifestasjon av symptomer. Det kan diskuteres om at det at jeg var tilstede i rommet påvirket konsultasjonen, men Price et al. fant ut i sin studie fra 2008 at tilstedeværelse av medisinstudent, i rollen som observatør, i liten grad påvirket konsultasjonens kvalitet etter pasientens egen mening(22). Legene mente selv at min tilstedeværelse ikke påvirket

konsultasjonen, og jeg fortalte at jeg kun skulle observere og ikke delta i konsultasjonene. Deltakende observasjon er en metode hentet fra etnografi og sosialantropologi, der forskeren deltar i sammenhengen som skal studeres, med sikte på å skrive problemstillingen i et innenfraperspektiv(23). Med deltakende i denne sammenhengen mener jeg at jeg var fysisk tilstede i det samme rommet under konsultasjonen, uten at jeg var med i samtalen. Dette ga meg mulighetene til å oppleve de verbale og non-verbale utvekslinger mellom pasient og lege. Gjennom å dele legens sanseinntrykk av konsultasjonen i størst mulig grad fikk jeg, i min medisinstudentrolle, oppleve noe som lignet legens tankeprosess og reaksjoner. En ulempe med denne metoden er at den nøyaktige fraseringen av samtalen kan forsvinne når det noteres ned, og det vil alltid skje en fordreining av den faktiske samtalen(23). For å best mulig kunne skille ut konsultasjoner som omhandlet MUS mener jeg at observasjoner likevel er en god løsning. Man kan argumentere med at journalnotater eller spørreskjema ville kunne gi en god oversikt over behandlingen pasientene får, men siden MUS dreier seg om uforklarlige symptomer vil diagnosene ofte være symptomdiagnoser. Det vil da være vanskeligere å skille de pasientene som har uforklarlige symptomer fra de som på et senere tidspunkt får sine symptomer forklart. Samtidig vil, etter en del eksperters mening, kommunikasjon mellom lege og pasient være en viktig del av den behandling slike pasienter får(24). Mange pasienter med MUS føler seg oversett og ikke trodd på av sin lege(19), noe som kan gjøre behandlingen vanskeligere. Ved bruk av for eksempel journalnotat eller spørreskjema vil dette aspektet forsvinne. Jeg var også interessert i å se legen håndtere det punkt i pasientbehandlingen hvor fokuset må gå fra somatisk utelukkelse til et endret fokus hvor man ikke kan forklare pasientens symptomer ved hjelp av prøvesvar.

Jeg observerte 2 forskjellige leger på samme legekontor. En mannlig spesialist i allmennmedisin («Jonas») med 31 års erfaring som allmennpraktiserende lege og en kvinnelig lege («Nina») med 1 ½ års erfaring som lege i allmennpraksis. Den kvinnelige legen var vikar for en mer erfaren kvinnelig lege.

Undertegnede observerte over 3 dager 34 ulike konsultasjoner på dagtid. Alle konsultasjonene ble foretatt på legekantoret. Ved 1 av disse konsultasjonene ville ikke pasienten ha med observatør. Det aktuelle legekantoret er i nærheten av en by i Nord-Norge. Alle pasientene ble på forhånd spurt av legen om det var greit at jeg var tilstede under konsultasjonen og ble informert om at deres navn ikke vil bli brukt. Jeg ble av legen som oftest presentert som en medisinstudent. Legene ble også på forhånd fortalt at hverken deres navn eller navn på legekantoret vil bli brukt i oppgaven.

Under konsultasjonene noterte jeg ned samtalen mellom lege og pasient i stikkordsform. I etterkant av konsultasjonene vurderte jeg, og noterte ned, problemstillingen til pasienten, håndtering av legen samt mine egne refleksjoner av dette. Deretter gjorde jeg en vurdering av om dette dreide seg om en ren somatisk problemstilling eller om det var elementer av ikke-somatikk. En konsultasjon ble regnet som relevant for problemstillingen hvis det dreide seg om symptomer som var godt utredet på forhånd uten funn av patologi, eller at jeg, som 5. års medisinstudent og/eller legen vurderte at symptomene sannsynlig var av ikke-somatisk årsak.

Notatene ble utvidet til å omfatte også hva legen gjorde, og hvordan, for å tilfredsstille pasientens behov. Etter noen av konsultasjonene spurte jeg også legen om hva han/hun tenkte om pasientens problemstilling og hvilke planer de eventuelt hadde for videre behandling av pasienten.

	«Jonas»	«Nina»	Totalt
Antall konsultasjoner	16	18	34
Antall konsultasjoner med kvinnelig pasient	11	16	27
Antall konsultasjoner med mannlig pasient	5	2	7
Pasienter som takket nei til å ha observatør tilstede	0	1	1
Alder under 20 år	3	4	7
20-40 år	6	5	11
40-60 år	5	4	9
60+ år	2	5	7
Konsultasjoner som ble vurdert som relevant	4	7	11

Tabellen ovenfor viser antall konsultasjoner fordelt på kjønn og aldersgrupper til pasientene. Den nederste raden er de antall pasienter som ble vurdert til å ikke dreie seg om en ren somatisk problemstilling.

Begge legene hadde flest kvinnelige pasienter i observasjonstiden. «Nina» hadde jobbet på en pasientliste som var blitt startet som en nullliste av en kvinnelig lege i et område med bare mannlige leger i nærheten. Hun fortalte meg at det hadde tiltrukket stort flertall av kvinnelige pasienter til henne. De to mannlige pasientene under observasjonstiden var små barn av kvinnelige pasienter som tilhørte listen som «Nina» jobbet på.

Resultater

Som forventet ut fra litteraturen var det en god del av pasientene som kom med problemstillinger av ikke-somatisk karakter.

De totalt 11 konsultasjonene som jeg vurderte til at kunne være snakk om en relevant problemstilling, altså ikke-somatisk problemstilling listes opp:

- 60+ kvinne med ryggplager over tid uten påvist patologi.
- 40-60 år gammel dame med depresjon over tid, mulig subklinisk hypotyreose.
- 60+ kvinne med plager lav rygg/hofte i lengre tid uten påvist patologi.
- 60+ kvinne med smerter under fot og bakside bein, mener selv hun har Bekhterev, utredet for dette tidligere og ingen patologi påvist.
- 40-60 år gammel kvinne, og sykepleier, som mener hun har symptomer på hypertensjon, angina og hjertesvikt uten utdypning av plagene. Utredning viser normale funn.
- 20-40 år kvinne med magesmerter uten funn på utredning.
- 40-60 år gammel kvinne med døende bestemor. Klarer ikke å jobbe samtidig.
- 20-40 år gammel gravid kvinne. Kommer fordi hun er redd for å få bekkenløsning. Ingen symptomer på dette enda.
- 20-40 år gammel kvinne med langvarige svimmelhetsplager. Ekstensivt utredet.
- Under 20 år gammel gutt (8-10 år) med vondt i magen om kveldene.
- 20-40 år gammel kvinne med UVI-symptomer (lave magesmerter, hyppig vannlating) over tid uten funn av patologi.

Ved gjennomgang av notater i ettertid fant jeg ut at samtlige pasientkonsultasjoner som ble vurdert relevante, hos begge leger, gikk igjennom tre stadier eller faser. Konsultasjonene kan deles inn i. Disse er:

1. Somatisk utelukkelse.
2. Overgang fra det somatiske fokus
3. Spesifikke tiltak.

Dette er en grov inndeling og det var ulikheter mellom legene, og de ulike konsultasjonene, hva som faktisk ble gjort under de ulike stadiene. De ulike fasene var nødvendigvis ikke i

samme konsultasjon. I eksemplet nedenfor er det første stadiet hovedsakelig unnagjort til den konsultasjonen jeg observerer.

Et eksempel på en konsultasjon hos «Nina» som ble vurdert til å være relevant:

1. Somatisk utelukkelse:

27 år gammel kvinne som i 7 år har vært plaget av svimmelhet og hodepine. Dette er 3. gang hun oppsøker legen for denne problemstillingen. Har fra tidligere diagnosen angst og går til psykolog for dette, nylig begynt med det. Etter forrige konsultasjon ble hun henvist til psykomotorisk fysioterapi. Har også vært på MR med normale funn. Legen velger likevel å ta en full nevrologisk undersøkelse ved denne konsultasjonen. Det var ingen utfall ved denne undersøkelsen.

2. Overgang fra det somatiske fokus

Pasienten starter konsultasjonen med å fortelle at hun synes psykomotorisk fysioterapi, som hun nå har vært på en gane, virker å være veldig bra.

- Lege: *Vi snakket jo litt forrige gang om sammenheng mellom angst og svimmelheten. Har du sett noe mer sammenheng mellom disse to?*
- Pasient: *Ja, det virker som om begge deler blir verre samtidig. [...] Jeg skjønner jo nå at det ikke er noe farlig, jeg har jo hatt det så lenge også. (Det virket på meg som om dette var noe de hadde snakket sammen om ved tidligere konsultasjoner)*
- Lege: *Ja, jeg er helt enig med deg, og jeg tror nok at hjelpen du får hos psykomotorisk fysioterapeut og psykolog vil også hjelpe mot svimmelheten og hodepinen. [...] Jeg tok i dag, siden jeg ikke gjorde det sist, en nevrologisk undersøkelse, bare sann for sikkerhets skyld.*

3. Spesifikke tiltak

- Lege: *Tror du at svimmelheten og hodepinen vil bli bedre dersom angsten skulle bli bedre ved at du går til psykolog, og også fortsette med psykomotorisk fysioterapi?*

- Pasient: *Jeg vet ikke, men jeg vil gjerne prøve. Jeg har jo prøvd det meste.*
- Lege: *Jeg tror vi prøver det. Du fortsetter å gå til psykolog og psykomotorisk fysioterapi, så kommer du tilbake hit om en måneds tid så ser vi det an da.*

Elementene konsultasjonen ovenfor inneholdt som gjorde at den ble vurdert til å være relevant er:

- Fysiske plager hos pasienten.
- Det er etter utredning ikke funnet noe adekvat årsak til hennes symptomer.

Det kan nok diskuteres hvor ekstensiv utredningen for somatisk sykdom egentlig skal være, men disse to elementene er nok til at hun havner innenfor definisjonen på medisinsk uforklarlig sykdom nevnt i innledningen. I tillegg har hun komorbiditet i form av angst og korrelasjonen mellom psykisk sykdom og MUS er høy, som presentert i innledning. Det kan jo også tenkes at hennes svimmelhet er et symptom på hennes angst.

Pasientene som jeg observerte var naturlig nok i forskjellige stadier i sykdomsforløpet, som ved all annen sykdom. Det kunne være kun presentasjon av et symptom eller pasienter som hadde vært plaget over lengre tid og hadde stor innsikt i sin egen sykdom. Eksempler på pasientens presentasjon var:

- *Jeg har så vondt i magen noen ganger.*
- *Ryggen er vond igjen og jeg trenger sykemelding [...] det er vondt selv om jeg vet det ikke er noe galt i ryggen.*
- *Jeg føler meg dårlig, jeg trenger å ta masse blodprøver for å testes for «alt».*

På de pasienter som kom med et uspesifisert symptom, begynte begge leger på en somatisk utredning. Begge leger sa ofte til meg i ettertid: «dette var nok ikke var noe somatisk», eller «denne passet oppgaven din». De hadde fått en følelse med hensyn på disse pasientene før prøvesvarene var kommet. Men det var viktig å utelukke og det var ingen snakk om ikke-somatisk sykdom før somatisk sykdom var utelukket, som jeg observerte, ved mistanke om MUS. Begge leger fokuserte initialt på en somatisk årsak til symptomene, selv om pasienten var godt kjent og kom ofte med diffuse symptomer hvor det ikke ble funnet noen årsak. «Den 10. gangen er det noe alvorlig, og pasienten må tas på alvor hver gang» fortalte den ene legen meg etter en konsultasjon med en slik pasient.

Noen konsultasjoner senere kom det pasient som lenge hadde vært til behandling for depresjon. Etter eget ønske fikk ved kommende tatt stoffskifteprøver på grunn av familiær

oppnopning og prøvene viste da en mulig subklinisk hypotyreose. Symptomene på depresjon kan ha dette som årsak. Det viser at det er viktig å gjøre en grundig somatisk undersøkelse.

Hos pasienter med langvarig og vedvarende symptomer, med ferdig utredet sykdomsbilde var det påfallende ofte at de kom med sterke, konkrete løsninger på egenhånd. For eksempel utskriving av medisiner, skriving av sykemelding eller kontrollering av blodprøver.

Selv om pasienter med MUS er relativt vanlig i allmennpraksis er det ikke så ofte legen har konsultasjoner hvor han/hun må begynne å vri pasientens tankegang over til at det ikke er noe fysisk galt med kroppen. Jeg var heldig og fikk faktisk sett 1 slik konsultasjon hos «Jonas», og 2 hos «Nina». Jeg fikk da godt innblikk i usikkerheten dette ga legen og pasienten. Her fikk jeg også se ulikheter i håndteringen. Nedenfor er et eksempel fra «Jonas».

«Jonas»:

1. Somatisk utelukkelse

- Pasient: *Jeg har hatt så vondt i magen etter fødselen (6 uker siden), jeg tror jeg har en infeksjon.*
- Lege: *Jeg tror det nok det er litt for lenge etter fødsel til at det er infeksjon som skyldes fødselen. Hvor lenge har du hatt smertene?*
- Pasient: *Siden fødselen, men det har nok blitt verre den siste tiden.*
- Lege: *Ok, vi tar noen prøver for å utelukke infeksjon.*
- Lege tar CRP og urinstix som begge kommer tilbake negative.

2. Overgang fra det somatiske fokus

- Lege: *Du har ikke infeksjon. Det er sikkert noe restplager fra fødsel. Du er ikke syk, du har ingen feber, og det går sikkert over.*
- Pasient: *Hva mener du med restplager?*
- Lege: *Jeg vet ikke helt, bare at ting er annerledes der en før fødselen. Jeg tror vi må se det an litt til. Det er ikke farlig, du har i alle fall ingen infeksjon.*

Uten at jeg fikk notert den nøyaktige ordlyden av hva pasienten sa nå, fikk jeg et inntrykk av at det var noe mer som lå her. Jeg fikk inntrykk av at hun synes det var vanskelig å være fersk mor for første gang, og at det var noe som plaget henne. Hun nevnte noe om «*vanskelig tid*» som legen ikke spurte noe videre om.

3. Spesifikke tiltak

- Lege: *Men kom gjerne tilbake dersom det ikke skulle bli bedre, eller at plagene skulle bli verre, eventuelt at du får feber.*

Som beskrevet ovenfor var pasientene på forskjellige «steder» i sykdommen og de spesifikke tiltakene til legen varierte da i forhold til hvor i sykdomsforløpet pasienten var under den observerte konsultasjonen:

1-----→2-----→3

1. Presentasjon av symptom.
2. Forståelse av at symptomene ikke skyldes organisk sykdom.
3. Igangsetting av spesifikke tiltak for ikke-organisk sykdom.

Under er legens håndtering korresponderende til punktene ovenfor. Disse fasene av sykdommen kunne komme fram over flere konsultasjoner, som var vanligst, eller alle punktene kunne gjennomgås i løpet av en konsultasjon.

A-----→B-----→C

- A. Utelukking av somatisk sykdom.
- B. Overgang fra det somatiske fokus.
- C. Igangsetting av spesifikke tiltak.

Somatisk utelukkelse

Begge leger fokuserte initialt på å utelukke en bakenforliggende somatisk årsak til symptomene pasientene kom med. Hvilke spesifikke tiltak som ble gjort kom helt an på de symptomene som ble presentert. Ser vi tilbake på eksemplene ser vi at «Jonas» i dette tilfelle vil utelukke at det er en infeksjon som er årsak til de magesmertene. «Nina» har gjort en del utelukkelse i form av MR bilder og nå også en nevrologisk undersøkelse. På grunn av varigheten av symptomene har vel aldri «Nina» egentlig mistenkt at det var somatisk årsak til pasientens svimmelhet- og hodepineplager.

Overgang fra somatisk fokus

Når det ikke ble funnet noen konkret påviselig årsak til symptomene flyttet begge legene fokus vekk fra det somatiske perspektiv. Jeg fikk inntrykk av at måten dette ble gjort på var noe forskjellig. «Jonas» fokuserte på, som i eksempelet over, på å betrygge pasienten om at

det ikke var noen farlig årsak til symptomene. «Nina» forsøkte å finne en mer psykologisk årsak og forklare symptomene til pasienten på den måten. I eksemplet henger hun sammen symptomene til pasienten med hennes allerede diagnostiserte angstlidelse.

Spesifikke tiltak

Man kan si at det i begge tilfeller ble gjort spesifikke tiltak, men at tiltakene varierte. «Jonas» ville at pasienten skulle komme tilbake dersom ikke symptomene ble bedre. Siden jeg observerte over en begrenset periode fikk ikke jeg vite om denne pasienten kom tilbake, og hvordan «Jonas» eventuelt håndterte dette. «Nina» fokuserte mer på det psykiske som årsak og henviste flere pasienter til både psykolog og psykomotorisk terapeut, som i eksemplet over. Hun hadde en som hun utførte kognitiv terapi med, men ville helst henvise, da hun synes det var vanskelig å utføre terapien og følte seg lite kvalifisert til dette.

Begge leger fortalte at de ofte syntes det er vanskelig med slike pasienter. Selv den erfarne lege fortalte om en usikkerhet som kan oppstå angående videre håndtering av pasient. «Jonas» sa at han ofte velger å bruke trygging av pasient i forhold til farlig sykdom.

- *De fleste er redd for at det er noe alvorlig som feiler dem, det er viktig at de får vite at det ikke er noe farlig. [...] men det er vanskelig når jeg ikke kan si akkurat hva som feiler dem.*

«Nina» fortalte at hun forsøker å få pasienten selv til å innse et slags forhold mellom psyke og soma.

- *Det er ofte vanskelig å få dem over på den tanken. Jeg bruker mye tid på det og blir ofte forsinket [...] og det tar vanligvis flere konsultasjoner før vi er enige om det. Men det må gjøres, mener jeg.*

Av rene psykiske problemstillinger var det kun en konsultasjon som jeg observerte hvor dette var den overordnede problemstillingen. Flere av pasientene hadde diagnosen depresjon i tillegg, men kun en kom på legekantoret fordi hun var blitt deprimert.

Begge legene sa at deres metode for håndtering er basert på erfaring de har opparbeidet seg og at de ikke hadde fått konkret undervisning om dette i studietiden deres.

Diskusjon

Alle de konsultasjonene jeg observerte med mistenkt ikke-somatisk sykdom fulgte legen tretrinnsmodellen presentert i resultater. Det ble uten unntak startet med en utelukkelse av somatisk sykdom. Det er kanskje intuitivt for en lege å starte med dette, siden det er slik han håndterer alle andre symptomer også, og at det er grunnen til at all utredning av MUS starter slik. Selv om begge legene fulgte denne modellen var det forskjeller på hvordan de to neste leddene, overgang fra somatisk årsak og spesifikke tiltak, ble gjort av de to legene. Under min observasjonsperiode var når det er var utelukket underliggende sykdom og pasienten hadde fortalt om sine egne tanker omkring symptomene at det kommer til syne forskjeller.

«Nina» fokuserte mer på psyke som årsak til symptomer og forsøkte å forklare pasienten sammenhengen. «Jonas» fokuserte på betryggelse av pasienten ved å utelukke alvorlig sykdom. Man kan diskutere om ulik praksis først og fremst skyldes forskjell på kjønnene eller, kanskje mer sannsynlig, forskjell på generasjonene av leger med hensyn til praksis. Hølge-Hazelton mener det er generasjonsforskjellen og ikke kjønnsforskjellen som gjør at noen leger tar mer tak i pasientens «myke» problemstillinger og ikke bare det rent medisinske(25). Aamland har i sin studie fra 2014 kommet fram til at det ikke er kjønnsforskjeller på håndtering av MUS(18).

Når det gjelder litteraturen på området så finnes det en nederlandsk studie fra 2011(24) som tok for seg 30 artikler skrevet av eksperter på feltet om håndtering og behandling av pasienter med MUS. Studien sammenlignet disse og fant fellesnevnerne for hva disse ekspertene mente var viktig for behandling av MUS-pasienter i allmennpraksis. Det ble konkludert med at de viktigste elementene var:

- Å skape et trygt terapeutisk miljø for pasienten.
 - 17 av de 30 artiklene påpekte viktigheten for et bra lege-pasient forhold.
- Generisk intervensjon.
 - Motivering til å følge behandlingsplan (13 av 30 artikler)
 - Forklaring av symptomene til pasienten (22 av 30 artikler)
 - Trygging for å overbevise pasient om at det ikke er snakk om farlig sykdom (16 av 30 artikler)
 - Planlegge jevnlig konsultasjoner (9 av 30 artikler)
- Spesifikk intervensjon.

- Kognitiv terapi. Nesten alle artiklene (28 av 30) nevner kognitiv adferdsterapi (CBT) som en behandlingsstrategi, dog er det varierende grad av hvor sentralt artikkelskriveren mener dette er.
- Farmakoterapi. I 23 av 30 artikler er antidepressiva omtalt som behandlingsstrategi på bakgrunn av at det ofte er komorbiditet med depresjon eller angst.

Det er viktig å påpeke at dette er uttalelser fra eksperter og er basert på teori og erfaring og ikke på evidens-baserte studier. Det er gjort lite studier på effekt av behandling, men Arnold et al. kom fram til i sin studie at CBT i allmennpraksis ikke hadde noen fordel hos pasienter med MUS(26). Blant disse ekspertene er det en del likhetstrekk i håndtering av ikke-somatisk sykdom, men det er en del forskjeller også her. Dette kan være med å styrke en hypotese om at det faktisk er forskjeller på hvordan disse håndteres fra lege til lege.

Sammenlignet med denne listen dannet av 30 ulike artikler skrevet av eksperter på området hadde de leger jeg observerte enkelte av elementene med i sine konsultasjoner. «Nina» hadde en pasient hvor hun forsøkte kognitiv terapi, men ønsket å henvise pasienten videre da hun følte seg lite kvalifisert til dette. «Jonas» hadde ingen pasienter hvor han utførte kognitiv terapi. Farmakoterapi kan tenkes å ha en dobbel effekt fordi kroniske smerter, som ved MUS, og depresjoner henger tett sammen sett fra et nevrobiologisk ståsted. Kroniske smerter og depresjon deler de samme nevrobiologiske strukturer. For eksempel er både serotonin og noradrenalin involvert i begge prosesser, noe som gjør at antidepressiva også kan ha en analgetisk virkning(10). Likevel var det uvanlig at de pasienter jeg observerte med sannsynlig eller diagnostisert MUS stod på slike medikamenter, hvis de da ikke allerede hadde diagnosene angst eller depresjon, men da var det dette som var indikasjonen for medikamentbruket.

Begge legene jeg observerte hadde med elementer av punktene ovenfor. «Jonas»: trygging. «Nina»: forklaring, kognitiv terapi, jevnlig konsultasjoner. De to legene jeg observerte håndterte pasientene forskjellig og punktene ovenfor tyder på at det ikke er noe sterk konsensus på fremgangsmåten for behandling av disse pasientene. Et problem kan være mangelen på guidelines på området(27), noe som bidrar til at leger vil føle seg usikre på videre håndtering av pasient. Det gjør det også svært vanskelig å innarbeide undervisning i dette på medisinstudiet. Men det er gjort arbeid på dette og i 2012 kom det som mest sannsynlig er de første evidens-baserte guidelines på pasienter med MUS i allmennpraksis(28). Disse guidelines hadde som hensikt å fungere som veileder for legen ved

diagnostisering og behandling av MUS. Det presiseres at det er behov for mer forskning for validering av både screeninginstrumentene og intervensjonene disse guidelines består av. Et problem med guidelines kan være at pasienter med MUS er en stor og kompleks gruppe av pasienter og spesifikke guidelines på utredning og behandling kan være svært vanskelig. Det å få allmennpraktiserende leger til å følge guidelines er også en utfordring siden de ikke alltid blir brukt(29).

En god håndtering av usikkerheten knyttet til ikke-somatisk sykdom burde være mer inkludert i undervisningen av medisinstudenter. Å være forberedt på en gruppe som så hyppig besøker legen når man er ferdig med medisinstudiet tror jeg vil øke kvaliteten på unge allmennpraktikere. Det å basere seg på erfaring vil kreve prøving og feiling, noe som vil gå ut over pasientene. Pr i dag er det liten eller ingen undervisning i dette på medisinstudiet. Det å få en oversikt over hvordan erfarne praktiserende leger løser dette vil kunne være verdifullt for framtidige leger. Begge legene som ble observert bekrefter at deres metode for å håndtere ikke-somatiske problemstillinger ikke er noe de kunne erindre å ha hatt undervisning i under utdanningen. Om noen av de observerte legenes strategier for håndtering av MUS er effektive og eventuelt kan brukes videre i utdanning av nye leger kan ikke konkluderes etter denne observasjonsperioden. Det ble ikke vurdert hvorvidt pasientene faktisk hadde en effekt eller ikke av den håndtering legene brukte.

Når det gjelder pasienter som kom med rene psykiske problemstillinger var det kun en slik pasient. En kvinne 40-60 år som kom med depresjon som problemstilling som hun selv mente var utløst av at hennes bestemor var døende. I følge litteraturen beskrevet i innledningsavsnittet var det noe diskrepans, men mellom 7-10 % av pasientene i allmennpraksis presenterer psykisk sykdom som hovedproblemstilling. I min oppgave ble det 1 av 34 pasienter (3 %). Dessverre er det for lite til å kunne si noe om håndteringsmetode i allmennpraksis. For å gjøre dette trengs mer omfattende observasjonsstudier.

Det initiale fokuset på å utelukke somatisk sykdom som jeg opplevde at de observerte legene hadde er noe andre studier har beskrevet(17-19). Den generelle behandlingsprosessen av MUS-pasienter jeg observerte, beskrevet over, er ikke noe jeg kunne finne igjen i litteraturen som en beskrivelse av den behandling MUS-pasienter får. Men Hansen et al. har en modell hvor legen starter med utelukkelse av somatisk sykdom og deretter velger videre enten en biomedisinsk tilnærming eller en mer biopsykososial tilnærming(30).

Fokusgrupper/ekspertmeninger forteller at på et punkt må man vende fokus fra somatikken over til det mer psykologiske aspekt, enten ved en form for betryggelse av pasienten, forklaring av symptomer, bruk av antidepressiva eller ved kognitiv behandling(24). Jeg mener jeg observerte dette ved at legen gikk bort fra fysisk årsak til symptomer og startet med enten betryggelse eller forklaring av symptomer eller annet. Variasjonene i behandlingene jeg observerte er noe flere studier peker på, men jeg fant ingen artikler som hadde som hovedmål å belyse disse variasjonene. Det var mer et «bifunn» i studier med en annen innfallsvinkel. Årsaken til dette kan være at viten om MUS er noe som er relativt nytt innen medisinen. Tidligere var psyke og soma totalt adskilt og det er mer i de senere år at det har blitt mer fokus på at de faktisk har en sammenheng. Temaet krever mer kvalitativ forskning i motsetning til ren kvantitativ. Det er ikke sterke tradisjoner for kvalitativ klinisk forskning, og derfor få forskningsgrupper å gå til om man ønsker å starte opp slike prosjekter. Det er naturlig å trekke konklusjonen at noen leger gjør noe feil dersom det er variasjoner i behandlingen, og mangel på forskning på området gjør at det ikke er mulig å sette opp en «gullstandard» for den behandling som er den rette. Men flere studier omhandler den usikkerhet legen opplever ved møte med disse pasientene. Det kan tenkes at det er en usikkerhet om hvordan pasientene skal behandles som fører til ulik behandling. Det vil si at forskjellige måter for behandling, fører til usikkerhet hos legen som igjen fører til ulik behandling. Siden fokuset på ikke-somatisk sykdom i den formelle utdanning er liten, vil studenter og ferske leger kunne forsøke å få viten om behandlingen via den uformelle utdanning, det vil si ved å observere eller spørre andre leger. De variasjonene i behandling man da «utdannes» i vil kunne være med på å gi usikkerhet hos legen og igjen ulik behandling. Selv om det er lite konkrete studier med fokus på ulikhet i behandling kan studier om usikkerhet hos legen være med å understøtte dette, sammen med de «bifunn» nevnt ovenfor. Den nederlandske studien sammensatt av artikler skrevet av eksperter på området, beskrevet ovenfor, viser mulige forskjeller i anbefalt håndtering av MUS og understøtter funnet. Siden jeg kun observerte to forskjellige leger kan det også være at de forskjellene jeg observerte kun var tilfeldige. Det kan også være slik at siden det er en stor gruppe med pasienter under paraplyen MUS skyldes variasjonene forskjellig håndtering av underkategorier MUS (for eksempel uforklarlige magesmerter versus ryggvondt uten patologiske funn). I tillegg kan ulikheten i behandlingen skyldes mer individrettet behandling, da spesielt siden fokuset går over fra somatisk sykdom til en mer psykologisk problemstilling, som alltid vil kreve en viss grad av skreddersynging til pasienten.

Som medisinstudent på 5. året har jeg hørt lite om medisinsk uforklarlige symptomer. Det vil si at jeg har hørt ganske mye om det som ofte blir kalt «eksklusjonsdiagnoser», diagnosen man sitter igjen med når alle organiske årsaker til symptomene er utelukket. Hvordan man videre går framover med dem som får denne diagnosen har jeg i likhet med de britiske studentene ikke fått undervisning i under utdanningen(15).

MUS er ikke et veldig nytt problem i allmennpraksis og det er heller ikke sjeldent. Hvorfor er det ikke mer fokus på dette under utdanningen av nye leger? Kan det være at det tidligere var slik at dersom det ikke var somatiske problem kunne legen ikke hjelpe til med det. Legens jobb bestod i å helbrede fysiske kroppslige problemer og dersom de ikke eksisterte var man på feil sted. Det kan tenkes at sammenhengen mellom psyke og somatikk er noe som har kommet mer fram i det siste. Nå sees kroppen kanskje i mindre grad på som et maskineri hvor hvert symptom som presenteres må skyldes en mekanisk feil som kan rettes på. Ikke bare var MUS-pasientene på feil sted, men fant også de på symptomer som ikke var reelle. Mange pasienter med MUS føler på det i dag og mener at legen ikke tror på de symptomene de har(19).

Det at det er en stor og variert gruppe pasienter som er vanskelig å generalisere behandling til, med mye forskjellig praksis, kan ha bidratt til at det er vanskelig å lage en undervisningsplan. Alt dette blir kun spekulering fra min side, men det viktigste er at det er arbeid som pågår for at MUS skal implementeres i utdanningen. Ved UiT Norges Arktiske Universitet jobbes det nå med en undervisningsplan som skal få inn MUS inn i undervisningen. Planen er da 1 dag per år over de 6 år medisnutdanningen varer og skal være multi-disiplinært, spesialitetsoverskridende og praksisnært. Undervisningsplanen¹ er ikke helt ferdigstilt, men skal antakelig inkludere TERM-modellen. The Extended Reattribution and Management model (TERM) er en dansk-engelsk utviklet modell for å undervise allmennleger i håndtering av funksjonelle lidelser(31). Dette er en modell som er generell for alle funksjonelle lidelser og skal gi legen verktøy for å håndtere disse pasientene. Det er vist at leger som har hatt undervisning i TERM er mer komfortable i håndteringen (P: 0,002) av pasientene og legens holdning (attitude) har endret seg hos de med trening, på parameterne «enjoyment» (P: 0,008) og «anxiety» (P: 0,002)(32). Også pasientens helse og grad av fornøydhet med sin lege virker å bli bedre(8). Jeg tror ikke usikkerheten kan tas helt ut av konsultasjonen ved MUS-

¹ Jeg fikk innsyn til utkast for undervisningsplanen som vil bli behandlet i Studieplanutvalget i juni 2016.

pasienter, men en slik trening under utdanningen vil kunne hjelpe framtidige leger til å håndtere denne usikkerheten og dermed bedre den behandlingen pasienten får.

Det er ikke nødvendigvis bare utdanning som er årsaken til at pasienten ikke får den optimale behandling. Rosendal et al i sin studie fra 2005 peker på at pasienter med uforklarlige symptomer i spesialisthelsetjenesten får mer effektiv behandling enn i primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten trenger en mer spesifisert klassifisering og definisjoner av de ulike typene MUS for å kunne utvikle mer effektive håndteringsmetoder(8). Siden gruppen av disse pasientene er så stor og inneholder mange ulike symptomer kan også dette være årsaken til ovennevnte variasjon i den behandling og håndtering de får i primærhelsetjenesten. Kanskje man må slutte å se denne gruppen pasienter som en homogen gruppe med samme lidelse. Rosendal foreslår videre å dele MUS i 4 ulike grupper: 1. Akutt og subakutte funksjonelle symptomer (kortere enn 6 måneders varighet). 2. Kronisk somatiserende sykdom. 3. Fysiske symptomer fra psykiatrisk lidelse. 4. Sykdomsbekymring og «illness aggravation» som grovt kan oversettes til en slags forsterkning av symptomer fra reelle sykdommer(8). I forhold til mine observasjoner synes jeg det er vanskelig å sette pasientene inn i en av disse gruppene. Varighet av symptomer er greit nok, men å vurdere om symptomene kommer som følge av psykiatrisk lidelse eller en uviss årsak kan i en del tilfeller være vanskelig. Det krever at man stiller en psykiatrisk diagnose i forkant eller i løpet av utredningen. Det er nok en viss grad av overlapp mellom de ulike gruppene da bekymring kan føre til somatisering, og videre en bekymring for de symptomer som oppstår. Har man i tillegg en historie med depresjon eller angst blir det svært vanskelig å sette pasienten inn i en av gruppene. Rosendal erkjenner dette, men mener det er behov for å danne en slik klassifikasjon for å utvikle riktig behandling(8). Om dette er en tilstrekkelig inndeling for å kunne lage en generaliserbar behandling innenfor hver av disse gruppene er jeg ikke sikker på, men inndelingen gir et bilde på hvor stor diversitet det er innenfor MUS-diagnosen. Det belyser problemet med at diagnosen er lite differensiert og pasientgruppen er stor, noe som helt sikkert vil vanskeliggjøre en utarbeidelse av guidelines og god behandling. Kanskje det ikke er mulig å få inn spesifikke guidelines, da denne gruppen pasienter kan være såpass differensiert at behandling faktisk må skreddersys til den enkelte pasient. Det kan være at en mer generell veiledning i håndteringsmetoder har større effekt for pasienten, slik som TERM-modellen beskrevet ovenfor er ment å være.

Det at jeg ikke fikk så god innsikt i behandling av ikke-somatiske pasienter som jeg ønsket, på grunn av ulik tilnærming av de observerte i tillegg til litteraturen, kan tyde på at ikke alle slike

pasienter får optimal behandling i allmennpraksis. Det å få en uniform allmenkjent og innarbeidet «arbeidsplan» eller guidelines vil antakelig øke kvaliteten på behandlingen disse pasientene får i allmennpraksis. Dette vil kreve mer forskning, og da fortrinnsvis kvantitativ forskning på både diagnostisering og behandling, slik at gode evidensbaserte guidelines kan brukes i allmennpraksis. Deretter vil disse også kunne implementeres i medisinstudiet slik at nye leger vil kunne starte karrieren sin mer forberedt på å møte denne pasientgruppen.

Metodisk bias i litteraturen?

I hovedsak er de kilder jeg har funnet om legens håndtering av ikke-somatisk sykdom basert på intervju av lege eller fokusgrupper. Det kan være en diskrepans mellom den faktiske håndtering av pasienten og den håndtering som blir presentert av legen ved en slik metode. Den nederlandske studien, Heijman et al(24), som beskriver hvordan 30 ulike eksperter mener MUS bør håndteres er et eksempel som er basert på intervju av disse ekspertene. Enkelte elementer vil jeg tro at er vanskelig å beskrive, for eksempel hvordan man sørger for god kommunikasjon eller hvordan pasienten reagerer på den behandlingen han/hun får. Pasientens opplevelse og opplevd effekt av den håndteringen gjort av legen er ikke med i denne studien. Jeg fant få studier som hadde med pasientens synspunkt av behandlingen, noe om er rart siden det naturlige ville være å måle effekten av behandlingen slik. En studie som målte effekt på en sånn måte var Arnold et al. studie på om CBT hadde effekt(26). Konklusjonen var at CBT i allmennpraksis ikke hadde noen effekt på symptomene pasient hadde. Likevel anbefalte 28 av 30 eksperter CBT som behandling i allmennpraksis. Det kan virke som det er en diskrepans også på hva som pasienten opplever og hva legen opplever av konsultasjonen. Det kan være at flere studier som måler pasientens opplevelse av behandlingen over tid er en måte å vurdere effekten bedre til de ulike behandlingene som praktiseres.

Jeg fant ingen studier som baserte sine resultater på observasjon. Det var allikevel noen studier som pekte på at det var en viss ulikhet mellom de ulike legers håndtering, men studienes mål var i utgangspunktet ikke det å drøfte en eventuell ulikhet her. De kilder jeg fant var i hovedsak kvalitative og det er få kvantitative studier på området, noe som kan indikere at det er lite forskning på området pr i dag.

Metode-diskusjon

Det virker derfor relevant å bruke direkte observasjon av praksis som metodisk tilgang til å forstå noen av de spørsmål som finnes i dette forskningsfeltet. Observasjon som metodevalg kan likevel diskuteres. Som nevnt tidligere vil den nøyaktige ordveksling forringes ved

notering og uten bruk av opptak av lyd eller bilde. I tillegg vil min oppfattelse av konsultasjonen være subjektiv og mine forutinntattheter og predisposisjoner vil farge den faktiske gang av konsultasjonen. Som medisinstudent vil man nok gjøre seg egne refleksjoner underveis som også kan være med på å øke subjektiviteten i konsultasjonen når den blir notert ned. Observasjon blir også en mer tidkrevende metode enn andre, som for eksempel bruk av journalnotat eller intervju, noe som resulterer i at færre konsultasjoner blir vurdert. Observasjonsperioden var relativt kort, og for å se om de variasjoner jeg observerte er reelle trengs det mer omfattende studier.

Rollen som observatør vil kunne påvirke konsultasjonens gang. Selv om jeg i minst mulig grad ønsket å påvirke konsultasjonen kunne min tilstedeværelse ikke ignoreres av verken pasient eller lege. Det kan tenkes at pasienten holdt tilbake informasjon siden det var flere i rommet. Det var kun en pasient som var motvillig til ha observatør under konsultasjonen, men det er mulig andre ikke ønsket dette uten å gi uttrykk for det, og at de følte de ikke kunne snakke like åpent med legen som de ellers ville ha gjort dersom de var alene i rommet. Price et al. fant ut at omtrent 1/5 av pasientene som sier ja til å ha en student til stede, egentlig ønsket å være alene med legen(22). Også legen vil kunne føle et ansvar som rollemodell ovenfor en student i rommet og kanskje bruke en noe annerledes metode enn de vanligvis bruker. Dersom de føler at det finnes en mer korrekt metode enn det de til vanlig praktiserer vil de kunne forsøke å tilstrebe denne metode. Dermed kan min tilstedeværelse ha endret den konsultasjonen fra det jeg i utgangspunktet prøver å observere.

Under noen av konsultasjonene ble jeg tatt med i samtalen i den egenskap at jeg er en student. Dette selv om jeg påpekte at jeg skulle kun fungere som observatør. Det var som regel legen som gjorde dette ved å stille meg faglige spørsmål, men det hendte at pasienten også tok kontakt, særlig hvis legen var ute av kontoret en periode. Jeg ble også ved et par anledninger bedt om å assistere legen ved undersøkelse. Dermed kan min tilstedeværelse i noen grad ha endret samtalen som ville ha vært annerledes dersom jeg ikke var i rommet.

Konklusjon

De legene jeg observerte hadde en del likheter hva gjelder håndtering av pasienter med ikke-somatisk sykdom. Det initiale fokuset på å utelukke somatisk sykdom var noe begge legene hadde for samtlige av de relevante pasienter. Også samtale der pasienten fikk mulighet til å snakke om sin bekymring i forhold til hva symptomene kan representere var med i alle konsultasjonene. På bakgrunn av dette og litteratur på området kan det virke som om dette kan overføres til den generelle legepopulasjon, men flere studier må til.

Håndteringen av ikke-somatisk sykdom etter utelukkning av somatisk sykdom var ulike hos de legene jeg observerte. Altså er det minst to ulike måter å håndtere dette på. Her rapporterte begge legene om usikkerhet og fortalte at dette var noe av det vanskeligste med å være allmennlege. En mulig årsak til dette er mangelen på evidensbaserte guidelines som brukes i utdanningen av leger og i praksis. Dette vil da naturlig kunne føre til at leger vil praktisere ulikt basert på egen erfaring med slike pasienter. For å unngå dette bør det forskes på utarbeiding og validering av evidensbaserte guidelines som kan brukes for å få den beste behandlingen ut i praksisen og i utdanningen. Ulik behandling kan også skyldes en lite generaliserbar diagnosegruppe, hvor en mer individualisert håndtering kan være mer effektivt løsning enn guidelines.

De to legene som ble observert tilhørte ulik generasjon og ulikt kjønn. Dette er faktorer som kan gi variasjoner i den håndtering og kommunikasjon vedrørende pasienten i forhold til alle problemstillinger. Disse faktorene kan også spille en rolle ved mine observerte ulikheter.

Denne oppgaven har åpnet for nye spørsmål som kaller på mer omfattende observasjonsstudier. Min problemstilling var en undersøkelse av hvordan pasienter med ikke-somatisk sykdom håndteres i allmennpraksis, og det viste seg generelle mønstre og forskjeller som bør studeres nærmere. Felles mønstre som gjentok seg på samtlige observerte konsultasjonene, hos begge leger, var det initiale fokus på å utelukke somatisk sykdom. Etter utelukket somatiske sykdom avslører den videre håndtering av pasienten forskjeller på de to legers metoder. Den eldre mannlige legen valgte å fokusere på betryggelse av pasienten da han ikke kunne finne noe som indikerte alvorlig sykdom. Den yngre kvinnelige legen ønsket å finne en sammenheng mellom psyken og det somatiske som kunne forklare pasientens symptomer slik at pasienten fikk en forståelse for hva som var årsak til symptomene, og på den måten prøve å få kontroll på plagene. Hun brukte også ofte å planlegge for videre

kontrolltimer for oppfølging av pasienten. Den eldre mannlige lege gjorde sjelden dette, men påpekte at pasienten skulle komme tilbake dersom ikke symptomene gikk over.

Siden jeg kun observerte to forskjellige leger kan forskjellene jeg konstaterte være tilfeldige. Jeg vil likevel fremstille en hypotese om at pasienter med ikke-somatisk sykdom får ulik oppfølging og behandling i allmennpraksis. Hva er så årsaken til en eventuell ulikhet i håndteringen? Etter min mening kan det være flere årsaker til dette. Det kan være en mangel på guidelines og utdanning som gjør at leger ved prøving og feiling danner sin helt egne metode for å håndtere pasientene. Det kan også være at denne ulike behandlingen skyldes at MUS er en stor og variert gruppe lidelser som muligens ikke kan sammenlignes og inneholder dermed ulike pasientgrupper som trenger ulik og individualisert behandling.

Referanser

1. Nevalainen M, Kuikka L, Sjoberg L, Eriksson J, Pitkala K. Tolerance of uncertainty and fears of making mistakes among fifth-year medical students. *Family medicine*. 2012;44(4):240-6.
2. Bushnell J. Frequency of consultations and general practitioner recognition of psychological symptoms. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2004;54(508):838-43.
3. Stone L. Managing the consultation with patients with medically unexplained symptoms: a grounded theory study of supervisors and registrars in general practice. *BMC Family Practice*. 2014;15.
4. Mayou R. Medically unexplained physical symptoms. *BMJ (Clinical research ed)*. 1991;303(6802):534-5.
5. Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: A functional typology. *British Journal of General Practice*. 2004;54(500):165-70.
6. Dew K, Dowell A, McLeod D, Collings S, Bushnell J. "This glorious twilight zone of uncertainty": Mental health consultations in general practice in New Zealand. *Social Science & Medicine*. 2005;61(6):1189-200.
7. Rosendal M. Lægens usikkerhed i relation til behandling af Medicinsk Uforklarede Symptomer. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*. 2008;3(5).
8. Rosendal M, Fink P, Bro F, Olesen F. Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? Towards a clinical useful classification in primary health care. *Scandinavian journal of primary health care*. 2005;23(1):3-10.
9. van Eck van der Sluijs J, Ten Have M, Rijnders C, van Marwijk H, de Graaf R, van der Feltz-Cornelis C. Medically unexplained and explained physical symptoms in the general population: association with prevalent and incident mental disorders. *PloS one*. 2015;10(4):e0123274.
10. Aguera L, Failde I, Cervilla JA, Diaz-Fernandez P, Mico JA. Medically unexplained pain complaints are associated with underlying unrecognized mood disorders in primary care. *BMC Family Practice*. 2010;11:17.
11. Zantinge EM, Verhaak PFM, Kerssens JJ, Bensing JM. The workload of GPs: consultations of patients with psychological and somatic problems compared. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2005;55(517):609-14.
12. Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004;329(7473):1013.
13. Hunziker S, Schlapfer M, Langewitz W, Kaufmann G, Nuesch R, Battegay E, et al. Open and hidden agendas of "asymptomatic" patients who request check-up exams. *BMC Family Practice*. 2011;12:22.
14. Nevalainen M, Kuikka L, Pitkala K. Medical errors and uncertainty in primary healthcare: a comparative study of coping strategies among young and experienced GPs. *Scandinavian journal of primary health care*. 2014;32(2):84-9.
15. Yon K, Nettleton S, Walters K, Lamahewa K, Buszewicz M. Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study. *BMJ open*. 2015;5(12):e009593.
16. Czachowski S, Piszczek E, Sowinska A, olde Hartman TC. Challenges in the management of patients with medically unexplained symptoms in Poland: a qualitative study. *Family practice*. 2012;29(2):228-34.
17. Howman M, Walters K, Rosenthal J, Ajjawi R, Buszewicz M. "You kind of want to fix it don't you?" Exploring general practice trainees' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms. *BMC Medical Education*. 2016;16.
18. Aamlund A, Malterud K, Werner EL. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Family Practice*. 2014;15:107.

19. Undeland M, Malterud K. Diagnostic work in general practice: more than naming a disease. *Scandinavian journal of primary health care*. 2002;20(3):145-50.
20. Rask MT, Rosendal M, Fenger-Gron M, Bro F, Ornbol E, Fink P. Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders: a 10-year follow-up of the FIP study. *General hospital psychiatry*. 2015;37(1):53-9.
21. Lupton A KN, Risør T I just can't live with the uncertainty - An investigation into the link between patient cues and narratives (forskerlinjeoppgave) Det Helsevitenskapelige Fakultet, UiT Norge Arktiske Universitet. 2013.
22. Price R, Spencer J, Walker J. Does the presence of medical students affect quality in general practice consultations? *Medical education*. 2008;42(4):374-81.
23. Malterud K. [Qualitative methods in medical research--preconditions, potentials and limitations]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2002;122(25):2468-72.
24. Heijmans M, Olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PL, van Weel C. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Family practice*. 2011;28(4):444-55.
25. B. H-H. Er praksis et og køn noget andet? *Månedsskr Prakt Lægegern*. 2004(82):303-15.
26. Arnold IA, de Waal MW, Eekhof JA, Assendelft WJ, Spinhoven P, van Hemert AM. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a controlled study on the effectiveness of cognitive-behavioral treatment by the family physician. *Psychosomatics*. 2009;50(5):515-24.
27. Olde Hartman TC, Woutersen-Koch H, Van der Horst HE. Medically unexplained symptoms: evidence, guidelines, and beyond. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2013;63(617):625-6.
28. van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, Keuter EJ, Swinkels JA. Presentation of the Multidisciplinary Guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and Somatoform Disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles. *Journal of psychosomatic research*. 2012;72(2):168-9.
29. Baiardini I, Braidò F, Bonini M, Compalati E, Canonica GW. Why do doctors and patients not follow guidelines? *Current opinion in allergy and clinical immunology*. 2009;9(3):228-33.
30. Hansen HS, Rosendal M, Fink P, Risør MB. The General Practitioner's Consultation Approaches to Medically Unexplained Symptoms: A Qualitative Study. *ISRN family medicine*. 2013;2013:541604.
31. Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model--an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics*. 2002;43(2):93-131.
32. Rosendal M, Bro F, Sokolowski I, Fink P, Toft T, Olesen F. A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatisation: effects on GPs' attitudes. *Family practice*. 2005;22(4):419-27.