

# Lægens usikkerhed i relation til behandling af Medicinsk Uforklarede Symptomer

Marianne Rosendal

---

*Artiklen bygger på en gennemgang af litteratur om lægers usikkerhed i kliniske situationer i relation til aktuel viden om Medicinsk Uforklarede Symptomer. Kliniske vurderinger og beslutningsprocesser er uløseligt forbundet med usikkerhed, som kan opstå med baggrund i såvel begrænset viden som relationelle og konceptuelle forhold. Nogle læger håndterer deres usikkerhed ved at undertrykke den og de negative følelser, den udløser og ved at øge fokus på de sikre forhold, hvilket i praksis betyder de biomedicinske sygdomsaspekter. I relation til patienter med legemlige symptomer uden organisk grundlag fører denne tilgang til unødige udredninger og behandlingstiltag, af og til med iatrogene skader og sygeliggørelse til følge. Kvalitative undersøgelser peger på, at årsagerne til det overdrevne biomedicinske fokus kan søges i lægens problemtilgang og håndtering af usikkerheder.*

*Vores viden om Medicinsk Uforklarede Symptomer er stigende, og der findes i dag relevante behandlingsmuligheder, som kort gennemgås i artiklen. Patienter med Medicinsk Uforklarede Symptomer bør tilbydes den samme professionelle udredning og behandling som andre patienter i sundhedsvæsenet, hvilket ikke sker i dag, og der er et stort behov for at forbedre sundhedsvæsenets tilgang til patientgruppen.*

## Baggrund

Artiklen bygger på en gennemgang af engelsksproget litteratur om lægers oplevelse af usikkerhed i kliniske situationer. Resultatet heraf er sat i relation til vores nuværende viden om Medicinsk Uforklarede Symptomer.

### Generelt om lægens usikkerhed i den kliniske situation

Kliniske vurderinger og beslutningsprocesser er uløseligt forbundet med usikkerhed, og lægen vil altid opleve en eller anden grad af usikkerhed, når en patient henvender sig med legemlige symptomer. Graden af usikkerhed kan have stor betydning for lægens håndtering af en given problemstilling og dermed for diagnostik, udredning og behandling af patienten. Tidligere kvalitative studier af canadiske læger og lægestuderende har peget på flere væsentlige kilder til lægers usikkerhed, og disse er gengivet i Tabel 1 (Beresford 1991, Hall 2002, Lingard et al 2003).

Usikkerheden i den kliniske situation og de nævnte kilder er ofte uundgåelig, men hvordan reagerer lægerne på den? Amerikanske studier viser, at nogle læger reagerer ved at opleve stress med baggrund i en fornemmelse af personlig utilstrækkelighed og nederlag (Gerrity et al 1992). Andre føler angst og bekymring for, at forløbet bliver dårligt enten for patienten eller for lægen selv. Lægens reaktioner herpå er typisk, at han/hun ikke ønsker at afsløre sin usikkerhed over for patienten og ikke vil afsløre evt. fejl over for sine kolleger (Gerrity et al 1995).

Der er stor variation i, hvordan man generelt håndterer usikkerhed og de evt. ledsagende negative følelser. I en undersøgelse af canadiske psykologistuderende inddelte man personerne efter, om de personlighedsmæssigt var orienteret mod usikkerhed eller mod sikkerhed, og man så på de to grupperes reaktioner, når de blev præsenteret for problemstillinger, der gav anledning til usikkerhed. Personer, der kunne håndtere usikkerhed, blev motiveret og engagerede sig positivt i problemstillingen, mens personer, der var orienteret mod sikkerhed, forsøgte at fastholde klarhed og sikkerhed i situationen ved kun at forholde sig til de ting, de i forvejen kendte til. Sidstnævnte brugte i højere grad en heuristisk tilgang, når de blev usikre, og de blev lettere påvirket af eksperter (Hodson & Sorrentino 2003). Ved undersøgelser af amerikanske læger har man tilsvarende set, at nogle læger forsøger at mindske stresspåvirkningen ved at fortrænge usikkerheden eller ved at øge fokus på det sikre. En måde lægen kan fortrænge usikkerheden på, er ved at handle frem for ikke at gøre noget (Gerrity et al 1992). Læger holder sig til det sikre ved at fokusere på de tekniske aspekter og områder, hvor der foreligger evi-

### **Teknisk årsag / begrænset viden**

Utilstrækkelig videnskabelig viden og evidens samt den enkelte læges begrænsede medicinske viden er vigtige årsager til usikkerhed. Samtidig giver den hurtige udvikling i vidensmasse anledning til, at lægen kan blive usikker på, om hans/hendes egen viden er opdateret i forhold til en given problemstilling.

### **Årsag i det personlige eller relationelle**

På den ene side kan lægen have et dårligt kendskab til patientens ønsker, værdier og bekymringer, idet patienten fremstiller sine symptomer og problemer ud fra sin egen opfattelse og forventninger og dermed kun viser lægen en del af problemstillingen. På den anden side kan lægen efter et langt forløb blive så tæt knyttet til patienten, at han/hun føler sig usikker på sin egen følelsesmæssige involvering i en beslutningsproces.

### **Konceptuel årsag**

Det er ofte vanskeligt at omsætte abstrakte kriterier til konkrete situationer. Det kan være, når forskningsresultater skal fortolkes og anvendes i forhold til et specifikt klinisk problem, eller når lægen må prioritere, hvem en begrænset ressource skal anvendes på (f.eks. ved henvisning til et behandlingstilbud, hvor der er lang ventetid). Beslutningerne er her kontekst-specifikke og kræver, at lægen udøver et skøn. Forskellige fagpersoner vil derfor også kunne være uenige om udfaldet.

*Tabel 1: Kilder til lægers usikkerhed i den kliniske situation*

dens. Hvis der ikke foreligger evidens, ophøjer nogle læger den lokale praksis til at være en form for guldstandard (Gerrity et al 1995, Hall 2002). Endelig har flere undersøgelser vist, at også læger i forbindelse med usikkerhed griber til deres intuition og baserer deres diagnostik og behandling på den viden og erfaring, de har fra tidligere konsultationer. De risikerer imidlertid herved at agere efter egne regler, og forskellige typer bias vil påvirke deres beslutningsproces (Gerrity et al 1995, Hall 2002, Tversky & Kahneman 1974).

Det har også betydning for lægens følelser og handlemønster, hvilke konsekvenser et evt. fejlskøn måtte have. Lægen kan måske bedre affinde sig med usikkerhed, hvis konsekvenserne er ubetydelige, hvorimod alvorlige konsekvenser lægger op til en højere grad af sikkerhed i diagnostik og behandling (Zaat & van Eijk 1992).

## **Hvad er Medicinsk Uforklarede Symptomer?**

Det er et almindeligt fænomen at mærke symptomer fra kroppen, og vi kender det alle for eksempel fra situationer, hvor vi oplever nervøsitet eller stress og får hjertebanken, ondt i maven eller lignende. Disse symptomer er ikke tegn på legemlig lidelse. Symptomerne kan imidlertid få en anden karakter eller sværhedsgrad,

end vi kender fra tidligere, og kan da give anledning til usikkerhed og bekymring for fysisk sygdom, og til at vi henvender os til den praktiserende læge. Den praktiserende læge finder kun sjældent en sikker organisk forklaring på legemlige symptomer (Kroenke & Mangelsdorff 1989, Toft et al 2005), og symptomerne benævnes da Medicinsk Uforklarede Symptomer (forkortet MUS). Der har igennem tiden været mange navne og definitioner på dette fænomen; men aktuelt er der mest fokus på deskriptive definitioner, mens de ætiologiske definitioner er trådt i baggrunden (Rosendal et al 2005b, Burton 2003). En bred og deskriptiv definition af MUS blev introduceret af Mayou i 1991:

“Physical symptoms that lack an obvious organic basis” (Mayou 1991).

Den inddrager imidlertid nogle af de normale reaktioner, hvorfor Fink et al i 2000 introducerede en mere snæver afgrænsning, som vil blive anvendt i denne artikel:

“Tilstande, hvor en person klager over fysiske symptomer, der volder individet besvær, bekymringer, eller får personen til at gå til behandler, men hvor der ikke kan findes et adækvat organisk eller patofysiologisk grundlag for symptomerne” (Fink et al 2002).

Som det fremgår, er begrebet MUS ikke veldefineret, og der hersker en del usikkerhed om, hvilke patienter den enkelte læge opfatter som havende MUS eller ikke (Rosendal et al 2003). Det, at mange definitioner bygger på en udelukkelse af organisk lidelse, giver desuden en vedvarende diagnostisk usikkerhed, idet det er umuligt for lægen med 100 % sikkerhed at udelukke alle former for legemlig sygdom. Sikkert er det imidlertid, at mange af de patienter, der kommer i almen praksis med fysiske symptomer, ikke har nogen påviselig eller behandlingskrævende legemlig sygdom (Toft et al 2005, National Institute of Public Health 2003, Ovesen et al 1997, Kroenke & Mangelsdorff 1989).

## Betydningen af lægens usikkerhed ved Medicinsk Uforklarede Symptomer

Som det fremgår, rummer begrebet MUS i sig selv en stor grad af usikkerhed, og problemstillingerne ved lægers usikkerhed bliver derfor særligt fremtrædende.

Hvis man ser på årsagerne til lægens usikkerhed (se Tabel 1), er de alle af betydning i relation til patienter med MUS:

- *Usikkerhed med baggrund i teknisk årsag / begrænset viden:* Selvom forskningen de seneste år har haft stigende fokus på MUS, er vores viden og evidens om MUS fortsat meget begrænset. Samtidig udgør de biomedicinske aspekter af symptomer og sygdomme kernen i den lægevidenskabelige uddannelse, og formidling af viden og evidens om MUS figurerer nærmest ikke i hverken lægestudiet eller den lægelige videreuddannelse i Danmark eller de øvrige vesteuropæiske lande. Den enkelte læge har derfor en meget begrænset viden om hensigtsmæssig udredning og behandling af MUS og risikerer derfor i høj grad at basere sin tilgang på selvlærte metoder eller 'lokal praksis'. Der mangler aktuelt både viden og formidling for at mindske lægernes tekniske usikkerhed.
- *Usikkerhed med baggrund i det personlige eller relationelle:* Patienten med MUS vil ved sin fremstilling af problemstillingen ofte tage udgangspunkt i de legemlige symptomer. I det omfang lægen fastholder en biomedicinsk tilgang og ikke uddyber andre aspekter af problemstillingen, kan der opstå usikkerhed om væsentlig forhold som f.eks. patientens psykiske tilstand og sociale situation samt patientens sygdomsforståelse og forventninger til lægens håndtering. Derudover kan problemstillingen fremstå som yderst kompleks, hvilket kan øge lægens usikkerhed på, hvad der er problemets kerne.
- *Usikkerhed med baggrund i konceptuel årsag:* Der er uenighed om, hvordan MUS defineres, diagnosticeres og behandles, og de diagnostiske overvejelser og muligheder tager i princippet ingen ende, fordi diagnosen kræver udelukkelse af organisk sygdom. Det er derfor i høj grad op til den enkelte læge at udøve sit skøn over, hvornår et symptom er tilstrækkelig udredt, for at man kan udelukke organisk sygdom, og diagnosen MUS kan stilles. Denne konceptuelle usikkerhed viser sig blandt andet ved en meget stor variation i praktiserende lægers diagnostik af MUS (Rosendal et al 2003). Når diagnosen er vanskelig, bliver det tilsvarende svært at afgøre, i hvilke situationer man skal iværksætte forskellige behandlinger af MUS.

Alle de beskrevne årsager til usikkerhed synes at være i spil ved lægens vurdering af patienter med MUS, og lægernes håndtering af usikkerhed bliver derfor særlig afgørende i relation til denne patientgruppe. Ud fra de generelle studier må man forvente, at læger, der har vanskeligt ved at håndtere usikkerhed, i højere grad vil reagere negativt på patienter med MUS og forsøge at mindske usikkerheden ved at henføre patientens symptomer til noget biomedicinsk. Man har da også vist, at amerikanske studerende, som havde svært ved at tolerere usikkerhed, reagerede negativt i forhold til patienter med hypokondri (Merrill

et al 1994). I lighed hermed har nogle læger givet patienter med MUS tilnavne som f.eks. "Heart sink patients" (Butler & Evans 1999) eller 'vanskelige/umulige patienter'. I et New-Zealandsk studie har man tillige vist, at praktiserende læger oplevede en høj grad af usikkerhed i forhold til ikke-legemlige lidelser, hvor de foretrak at holde fokus på det biomedicinske frem for på psykosociale aspekter (Dew et al 2005). I tråd hermed har flere kvantitative studier vist, at der generelt sker en somatisk overbehandling af patienter med MUS, og at disse patienter har et overforbrug af henvisninger og undersøgelser (Barsky et al 2001, Fink 1992, Beresford 1991, Gerrity et al 1992, Zaat & van Eijk 1992, Allison et al 1998). Denne ubalancerede tilgang forstærkes formentlig yderligere af de medikolegale aspekter, hvor konsekvenserne af at overse en biomedicinsk lidelse tages mere alvorligt end konsekvenserne af at overse MUS eller psykiske lidelser (Dew et al 2005). Lægerne vil derfor søge en høj grad af sikkerhed for, om et legemligt symptom kunne have en organisk genese (Zaat & van Eijk 1992).

Hvis lægen anvender sin heuristiske tilgang eller intuition, kan forskellige problemer fremkomme, som f.eks. at patientens forløb og prognose fejlvurderes. Lægen vil typisk vurdere forløbet på baggrund af det han/hun kender fra patienter med en sikker organisk lidelse. Men en patient med de samme legemlige symptomer, hvor der ikke findes en organisk lidelse, men hvor patienten måske i højere grad søger læge på grund af sygdomsbekymring, vil forløbet blive helt anderledes. Lægen kan altså ikke, som han/hun tror, anvende de prædiktorer der normalt bruges ved de lavprævalente tilstande over for de højprævalente tilstande med MUS trods de samme legemlige symptomer (Tversky benævner denne type bias som 'insensitivity to prior probability' (Tversky & Kahneman 1974)). Et andet eksempel er, at lægen overestimerer risikoen for at overse en legemlig lidelse, fordi skræmmebillederne f.eks. fra et overset kræfttilfælde huskes før de langt hyppigere almindelige tilfælde som MUS (Tversky kalder dette for 'reliance on retrievability' (Tversky & Kahneman 1974)).

## Den aktuelle behandling af patienter med MUS i almen praksis

Det er overordentlig hyppigt, at praktiserende læger ikke kan angive årsagen til legemlige symptomer (Kroenke & Mangelsdorff 1989). Lægernes høje grad af usikkerhed og deres måder at håndtere usikkerhed på afspejles i den behandling, de i dag tilbyder disse patienter med MUS, og behandlingen bliver ofte biomedicinsk fokuseret som nævnt ovenfor. Når lægen trods manglende organisk forklaring fastholder en biomedicinsk synsvinkel og tilgang til patienternes problemstillin-

ger, sker det enten ved at normalisere patientens symptomer eller ved at starte/ fortsætte en biomedicinsk udredning og behandling.

Begrebet 'normalisering' blev indført af Dowrick et al i 2004 (Dowrick et al 2004), hvor de beskriver det som lægelige udsagn, der tilkendegiver, at der ikke foreligger alvorlig sygdom, at symptomerne er inden for det almindelige og acceptable spektrum af, hvad mennesker kan opleve, at symptomerne formentlig er godartede eller selvlimiterende, og at der derfor ikke er behov for sundhedsfaglig intervention. Den praktiserende læges normalisering af patientens symptomer forekommer hyppigt og kan være en hjælp for patienten, hvis der samtidig gives information og forklaringer, der har sammenhæng med patientens egen bekymring og sygdomsforståelse. Ofte sker der imidlertid det, at lægen blot normaliserer og beroliger uden at inddrage patientens egne tanker om problemstillingen, hvilket i værste fald kan forstærke patientens symptompræsentation og øge lægens usikkerhed (Dowrick et al 2004). Samtidig kan normaliseringen medføre, at nogle patienter føler sig afvist, når de trods symptomer får den besked, at der ikke er nogen påviselig sygdom, og de måske samtidig mærker lægens negative reaktion på usikkerheden (Salmon et al 1999, Lillrank 2003).

Når lægen starter biomedicinske udrednings- eller behandlingstiltag, udsættes patienterne for en række somatiske undersøgelser og behandlinger og risikerer herved at pådrage sig iatrogene skader (Fink 1992, Barsky et al 2001). Samtidig fastholdes patienten i et somatisk fokus og måske i en sygerolle (Page & Wessely 2003, Fink et al 2002). Hos patienter uden sygdomsbekymring kan en passende somatisk udredning og efterfølgende beroligelse om, at der ikke er noget organisk at finde give patienten tilstrækkelig sikkerhed for, at symptomerne er uden betydning. Men hos patienter med psykologisk co-morbiditet og i særdeleshed hos patienter med sygdomsangst eller bekymring virker beroligelsen ikke (Howard & Wessely 1996). Tværtimod kan den stik imod hensigten virke foruroligere og forstærke symptomerne (Kendrick et al 2001). Lægerne har begrundet deres tilgang med, at det er patienterne med MUS, der styrer konsultationen i retning af biomedicinske tiltag. Denne opfattelse holder imidlertid ikke stik i de seneste undersøgelser. Disse undersøgelser viser i stedet, at patienterne ønsker hjælp i form af forklaring og støtte (Ring et al 2004), og at patienter med MUS i højere grad end andre patienter søger emotionel støtte, hvorimod de ikke efterspørger somatisk udredning eller behandling mere end alle andre (Salmon et al 2005). Undersøgelserne har også vist, at disse patienter ofte selv kommer med psykosociale udsagn, som lægerne imidlertid overhører (Salmon et al 2004). Det er i overensstemmelse med den tidligere nævnte undersøgelse fra New Zealand, som viste, at lægerne



nogle gange helt undgik at beskæftige sig med de psykosociale forhold (Dew et al 2005). Det ser således også i praksis ud til, at det i høj grad er lægerne, der reagerer ved at fokusere på det somatiske aspekt af symptomerne.

## Hvordan forbedres behandlingen i almen praksis?

Information og guidelines kan mindske lægens tekniske usikkerhed, mens de øvrige årsager til usikkerhed kun kan imødegås ved at øge kendskabet til dem (Hall 2002). Et studie af praktiserende lægers varierende adfærd peger desuden på, at forhold som lægens idegrundlag (biomedicinsk eller holistisk) og lægens færdigheder er afgørende for, om praktiserende læger reagerer ved at negligere psykiske forhold eller hjælpe patienten med håndteringen af disse problemstillinger (Robinson et al 2001).

Man har på forskellig vis arbejdet med disse forhold for at forbedre behandlingen af patienter med MUS i almen praksis, og der foreligger nu evidens for, at følgende tilgange har effekt:

- 1) 'Shared care' (dele-behandling), som involverer deltagelse af en psykiater
- 2) Psykoterapeutisk behandling udført af specialist
- 3) Kognitivt orienteret behandling udført af alment praktiserende læge

Dele-behandling er blevet gennemført for patienter med langvarige MUS i USA, hvor man har vist positive effekter på både patienternes helbred og de sundhedsøkonomiske forhold (Smith, Jr. et al 1995, Rost et al 1994). Behandlingen forudsatte, at patienten blev henvist til en psykiater, som efter en enkelt konsultation sendte en diagnose og retningslinier for fremtidig behandling tilbage til patientens praktiserende læge. Der er imidlertid flere vanskeligheder ved denne tilgang: det kan være svært at få patienten til at acceptere en vurdering hos en psykiater, kun meget få psykiatere beskæftiger sig aktuelt med MUS, og endelig kan en specialist-tilgang kun varetage behandlingen af en meget lille andel af patienter med MUS. Disse problemstillinger gør sig desværre også gældende, når man ser på mulighederne for at tilbyde regelret psykoterapeutisk behandling.

Flere studier har vist, at kognitiv adfærdsterapi har en gunstig effekt på patienter med MUS (Kroenke & Swindle 2000, Speckens et al 1995), og et enkelt studie af patienter med irriteret tyktarm har desuden vist effekt af psykodynamisk psykoterapi (Guthrie et al 1993). Disse behandlinger er blevet udført af læger, som har gennemgået en særlig træning i den givne behandling. Selvom mange praktiserende læger har interesse for kognitiv terapi, er det kun



få, der gennemfører en uddannelse til kognitiv terapeut. Praktiserende læger er kendetegnet ved at være generalister, og man kan derfor ikke forvente, at de specialiserer sig i bestemte psykoterapeutiske behandlingsprincipper. Det synes i stedet oplagt at udvikle mindre omfattende behandlingsprogrammer, der bygger på principper fra kognitiv adfærdsterapi og er målrettet til brug i almen praksis.

Et sådan forsøg blev gjort i 1989 i England, hvor man udviklede 'The Reattribution Model' (Goldberg et al 1989). 'Reattribute' betyder "at tillægge en ny egen-skab". Modellens centrale elementer er at få patienten til at føle sig forstået, derefter at hjælpe patienten til at forstå symptomerne i en bredere sammenhæng og endelig at etablere en dialog med patienten, som leder til en ny forståelse og en bedre håndtering af symptomerne. Den omtalte model har vist positiv effekt på praktiserende lægers interviewfærdigheder (Kaaya et al 1992), omkostninger til sundhedsvæsenet og på patienternes selvoplevede helbred (Morriss et al 1998, Morriss et al 1999, Morriss & Gask 2002, Blankenstein 2001).

## The Extended Reattribution and Management Model

I 2000 blev modellen modificeret i Danmark og blev nu benævnt 'The Extended Reattribution and Management model' (TERM-modellen) (Fink et al 2002). Baggrunden for modifikationen var, at den oprindelige model ikke tog højde for behandlingen af de kroniske tilfælde, og i øvrigt primært beskæftigede sig med veldefinerede psykiatriske lidelser med samtidige legemlige symptomer. Den nye model supplerede desuden den oprindelige ved at indeholde en gennemgang af en række teoretiske aspekter, herunder aktuel viden og evidens om MUS, og ved i højere grad at fokusere på patienternes egen sygdomsforståelse og forventninger. TERM-modellen indeholder således både ny viden og nye færdigheder og inddrager desuden relationelle og konceptuelle usikkerheder. Lægerne gives dermed mulighed for at arbejde med de forskellige årsager til usikkerhed. I det omfang lægernes usikkerhed mindskes, eller deres sikkerhed vedrørende MUS øges, må man forvente, at de ikke længere har behov for at fokusere overdrevent på biomedicinske aspekter og tilgange.

I et randomiseret, kontrolleret studie viste det sig, at TERM-modellen havde en positiv effekt på praktiserende lægers diagnostik og generelle holdning til patienter med MUS (herunder en mindskelse af deres usikkerhed) (Rosendal et al 2003, Rosendal et al 2005a). Der sås desuden en tendens til, at de sundhedsøkonomiske omkostninger faldt (Toft et al 2006). På patientniveau var resultaterne imidlertid

mere usikre. Det så ud til, at patienterne bliver mere tilfredse (Frostholt et al 2005, Rosendal 2003), mens effekten på deres helbred f.eks. i form af fysisk funktion ikke har været entydige (Larisch et al 2004, Rosendal 2003, Blankenstein 2001).

Samlet må man sige, at vi i dag har mulighed for at opøve praktiserende læger i en kognitivt orienteret tilgang til patienter med MUS, som ser ud til at give lægerne en bedre forståelse for fænomenet MUS og dermed mindske deres usikkerhed i forhold til denne patientgruppe og sikre grundlaget for en forbedret behandling fremover.

## Konklusion og perspektiver

Patienter med legemlige symptomer, hvor lægen ikke finder nogen organisk forklaring, er hyppige i almen praksis. Lægen oplever imidlertid en høj grad af usikkerhed ved udredning og behandling af disse patienter med baggrund i såvel begrænset viden som relationelle og konceptuelle forhold. Som i andre kliniske situationer tackler lægen ofte sin usikkerhed ved at undertrykke den og de dermed forbundne negative følelser og ved at øge fokus på de sikre forhold, hvilket i praksis betyder de biomedicinske sygdomsaspekter. I relation til patienter med MUS fører denne tilgang til unødige udredninger og behandlingstiltag, af og til med iatrogene skader og sygeliggørelse til følge. Kvalitative undersøgelser peger på, at årsagerne til det overdrevne biomedicinske fokus skal søges i lægens problemtilgang og håndtering af usikkerheder – ikke hos patienten.

Patienter med MUS bør tilbydes den samme professionelle udredning og behandling som alle andre patienter i sundhedsvæsenet. På trods af den høje forekomst, er dette ikke tilfældet i dag, og der er behov for at forbedre sundhedsvæsenets tilgang til disse patienter. En forbedring vil kunne opnås ved 1) at øge forskningen og dermed vores viden på området, 2) at øge formidlingen af den foreliggende evidens både under lægestudiet og i videre- og efteruddannelsen af læger, 3) at øge fokus på problematikken vedrørende MUS, hvorved bl.a. de relationelle og konceptuelle usikkerheder kan søges afhjulpet, og de medikolegale aspekter og konsekvenserne af 'biomedicinsk overbehandling' bringes frem i lyset, og 4) ved at øge ressourcerne dels til de foreliggende, evidensbaserede behandlingstiltag, dels til videreudvikling og kvalitetssikring af behandlingen. Ved at øge indsatsen på disse områder vil praktiserende lægers usikkerhed i forhold til diagnostik og behandling af patienter med MUS kunne formindskes, og patientforløb vil kunne gøres mere hensigtsmæssige.

## Litteraturliste

1. Allison JJ, Kiefe CI, Cook EF, Gerrity MS, Orav EJ, Centor R. 1998 The association of physician attitudes about uncertainty and risk taking with resource use in a Medicare HMO. I: *Med Decis. Making* 18(3):320-9
2. Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. 2001 Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. I: *Med. Care* 39(7):705-15
3. Beresford EB. 1991 Uncertainty and the shaping of medical decisions. I: *Hastings Cent. Rep.* 21(4):6-11
4. Blankenstein AH. 2001 *Somatizing patients in general practice. Reattribution, a promising approach*. PhD thesis. phd thesis. Vrije Universiteit, Amsterdam.
5. Burton C. 2003 Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). I: *Br. J. Gen. Pract* 53(March):231-41
6. Butler CC, Evans M. 1999 The 'heartsink' patient revisited. The Welsh Philosophy And General Practice discussion Group. I: *Br. J. Gen. Pract.* 49(440):230-3
7. Dew K, Dowell A, McLeod D, Collings S, Bushnell J. 2005 "This glorious twilight zone of uncertainty": mental health consultations in general practice in New Zealand. I: *Soc. Sci. Med.* 61(6):1189-200
8. Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. 2004 Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. I: *Br. J. Gen. Pract.* 54(500):165-70
9. Fink P. 1992 Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. I: *J. Psychosom. Res.* 36(5):439-47
10. Fink P, Rosendal M, Toft T. 2002 Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model - an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. I: *Psychosomatics* 43(2):93-131
11. Frostholm L, Fink P, Oernboel E, Christensen KS, Toft T, Olesen F, Weinman J. 2005 The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills. I: *Psychosom. Med* 67(6):897-905
12. Gerrity MS, Earp JAL, DeVellis RF, Light DW. 1992 Uncertainty and Professional Work: Perceptions of Physicians in Clinical Practice. I: *American Journal of Sociology* 97(4):1022-51
13. Gerrity MS, White KP, DeVellis RF, Dittus RS. 1995 Physicians' Reactions to Uncertainty: Refining the Constructs and Scales. I: *Motivation and Emotion* 19(3):175-91
14. Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. 1989 The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. I: *J. Psychosom. Res.* 33(6):689-95
15. Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomenson B. 1993 A randomised controlled trial of psychotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. I: *Br. J. Psychiatry* 163:315-21
16. Hall KH. 2002 Reviewing intuitive decision-making and uncertainty: the implications for medical education. I: *Med. Educ.* 36(3):216-24
17. Hodson G, Sorrentino RM. 2003 Uncertainty orientation in the group context: categorization effects on persuasive message processing. I: *J Soc. Psychol.* 143(3):291-312
18. Howard LM, Wessely S. 1996 Reappraising reassurance--the role of investigations. I: *J. Psychosom. Res.* 41(4):307-11

19. Kaaya S, Goldberg D, Gask L. 1992 Management of somatic presentations of psychiatric illness in general medical settings: evaluation of a new training course for general practitioners. I: *Med. Educ.* 26(2):138-44
20. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M. 2001 Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. I: *BMJ* 322(7283):400-5
21. Kroenke K, Mangelsdorff AD. 1989 Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. I: *Am. J. Med.* 86(3):262-6
22. Kroenke K, Swindle R. 2000 Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. I: *Psychother. Psychosom.* 69(4):205-15
23. Larisch A, Schweickhardt A, Wirsching M, Fritzsche K. 2004 Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner: a randomized controlled trial. I: *J. Psychosom. Res.* 57(6):507-14
24. Lillrank A. 2003 Back pain and the resolution of diagnostic uncertainty in illness narratives. I: *Soc. Sci. Med.* 57(6):1045-54
25. Lingard L, Garwood K, Schryer CF, Spafford MM. 2003 A certain art of uncertainty: case presentation and the development of professional identity. I: *Soc. Sci. Med.* 56(3):603-16
26. Mayou R. 1991 Medically unexplained physical symptoms. I: *BMJ* 303(6802):534-5
27. Merrill JM, Camacho Z, Laux LF, Lorimor R, Thornby JI, Vallbona C. 1994 Uncertainties and ambiguities: measuring how medical students cope. I: *Med. Educ.* 28(4):316-22
28. Morriss R, Gask L, Ronalds C, Downes-Grainger E, Thompson H, Goldberg D. 1999 Clinical and patient satisfaction outcomes of a new treatment for somatized mental disorder taught to general practitioners. I: *Br. J. Gen. Pract.* 49:263-7
29. Morriss R, Gask L, Ronalds C, Downes-Grainger E, Thompson H, Leese B, Goldberg D. 1998 Cost-effectiveness of a new treatment for somatized mental disorder taught to GPs. I: *Fam. Pract.* 15(2):119-25
30. Morriss RK, Gask L. 2002 Treatment of patients with somatized mental disorder: effects of reattribution training on outcomes under the direct control of the family doctor. I: *Psychosomatics* 43(5):394-9
31. National Institute of Public Health D. SUSY: *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000*. [www.si-folkesundhed.dk/ussy/sammenfatning.htm](http://www.si-folkesundhed.dk/ussy/sammenfatning.htm). 2003.
32. Ovesen L, Juul S, Mabeck CE. 1997 *Sygdomsmønsteret i almen praksis*.
33. Page LA, Wessely S. 2003 Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. I: *J. R. Soc. Med.* 96(5):223-7
34. Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. 2004 Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. I: *BMJ* 328(7447):1057-61
35. Robinson WD, Priest LA, Susman JL, Rouse J, Crabtree BF. 2001 Technician, friend, detective, and healer: family physicians' responses to emotional distress. I: *J Fam. Pract.* 50(10):864-70
36. Rosendal M. 2003 *General Practitioners and Somatising Patients. Development and evaluation of a short-term training programme in assessment and treatment of functional disorders (PhD thesis)*. PhD thesis. Research Unit and Department of General Practice, Faculty of Health Sciences, University of Aarhus, Denmark. 1-238 pp.

37. Rosendal M, Bro F, Fink P, Christensen KS, Olesen F. 2003 Diagnosis of somatisation: effect of an educational intervention in a cluster randomised controlled trial. I: *Br. J. Gen. Pract.* 53:917-22
38. Rosendal M, Bro F, Sokolowski I, Fink P, Toft T, Olesen F. 2005a A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatisation: Effects on general practitioners' attitudes. I: *Fam. Pract.* 22(4):419-27
39. Rosendal M, Fink P, Bro F, Olesen F. 2005b Somatisation in General Practice. An overview of the concept, occurrence, problems and treatment in primary health care. I: *Scand. J Prim. Health Care* 23(1):3-10
40. Rost K, Kashner TM, Smith RG, Jr. 1994 Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: improved outcomes at reduced costs. I: *Gen. Hosp. Psychiatry* 16(6):381-7
41. Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. 2004 Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. I: *Br. J. Gen. Pract.* 54(500):171-6
42. Salmon P, Peters S, Stanley I. 1999 Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. I: *BMJ.* 318(7180):372-6
43. Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. 2005 What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? I: *J Psychosom. Res.* 59(4):255-60
44. Smith GR, Jr., Rost K, Kashner TM. 1995 A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. I: *Arch. Gen. Psychiatry* 52(3):238-43
45. Speckens AE, van Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HG. 1995 Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. I: *BMJ.* 311(7016):1328-32
46. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen KS, Frostholt L, Olesen F. 2005 Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. I: *Psychol Med.* 35(8):1175-84
47. Toft T, Olesen F, Oernboel E, Christensen KS, Frostholt L, Rosendal M, Fink P. 2006 A randomised controlled trial of GP training in treatment of functional somatic symptoms (the FIP-study): Effects on health care utilisation. I: *Arch. Intern. Med.* (Submitted)
48. Tversky A, Kahneman D. 1974 Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. I: *Science* 185(4157):1124-31
49. Zaat JO, van Eijk JT. 1992 General practitioners' uncertainty, risk preference, and use of laboratory tests. I: *Med. Care* 30(9):846-54