

Möjlighetsmottagningen för somatisering

Rapport från FINSAM-projekt Malmö ”Möjlighetsmottagningen”

2012 – 2013 har en mottagningsverksamhet för personer med somatisering etablerats på Fosietorps vårdcentral i Malmö.

Tanken var att arbeta med patienter som har kroppsliga symtom men där utredning inte kunnat fastställa någon orsak och misstanke finns att psykologiska/psykiska mekanismer spelat in.

Mottagningen har haft tillgång till psykiater, psykolog/psykoterapeut, sjukgymnast, arbetsterapeut, distriktsläkare och dietist. Knutet till verksamheten har också varit representanter från Försäkringskassa samt Arbetsförmedling.

Sammanfattningsvis kan redan här konstateras att försöken att bryta ut denna grupp patienter och behandla dem separat inte fungerat bra. Kontakten med FK och AF har däremot varit mycket värdefull.

Rapporten speglar arbetet, analyserar orsaker samt ger förslag på fungerande arbetsform.

Innehållsförteckning:

1. Somatisering	1:1 Vad är somatisering	3
	1:2 Psykosomatik är det samma sak	3
	1:3 Olika somatoforma syndrom	4
	1:4 Hur vanligt är somatisering?	4
	1:5 Behandling av somatisering	5
2. Möjlighetsmottagning	2:1 Bakgrund	6
	2:2 Ansökan till FINSAM	6
	2:3 Beskrivning av arbetet	7
	2:4 Flödesschema	8
	2:5 Medverkan av Försäkringskassa samt Arbetsförmedling	9
3. Resultat	3:1 Data	11
	3:2 Exempel på lyckade behandlingar	11
	3:3 Exempel på mindre lyckade behandlingar	12
	3:4 Sammanfattning av resultaten	14
4. Diskussion	4:1 Varför blev det inte som vi trodde?	15
	4:2 Grundläggande faktorer i vård och miljö som bidrar till problematiken.	16
	4:3 Somatisering – inte ett syndrom snarare ett beteende	18
	4:4 Skillnaden mellan att ha en sjukdom eller ett beteende	19
	4:5 Stöd för denna uppfattning i vetenskap och erfarenhet	20
5. Lärdomar	5:1 Ett radikalt nytänkande	21
	5:2 Patientperspektivet	22
	5:3 Konsultativt arbets sätt i praktiken	21
	5:4 Om vi skulle börja idag.....	24
6. Litteratur		25
7. Bilaga 1	Ansökan till Finsam 2011	

Vår introduktionsbroschyr som med vad vi vet idag skulle ha utformats på ett annat sätt!



Möjlighetsmottagningen

Hos många patienter med olika symtom hittar man efter utredning inget som kan förklara detta ofta plågsamma tillstånd.

Ofta känns detta bara ännu svårare eftersom det man sökt hjälp för fortfarande finns kvar. Hos många av dessa patienter kan det röra sig om en inre obalans som inte alltid fångas på laboratorieprover eller andra undersökningar.

På Fosietorps vårdcentral pågår under 2012-2013 en speciell mottagningsverksamhet riktad till just dessa patienter. Vi gör tillsammans med patienten en kartläggning och sedan en individuell utprovad behandling.

Patienter kan remitteras till Möjlighetsmottagningen för bedömning. I teamet ingår distriktsläkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog, psykiater, dietist.

**Vill du som läser detta ha mer information?
Kontakta din distriktsläkare på vårdcentralen Fosietorp.**

1. Somatisering

1:1 Vad är somatisering

Ordets rot ”soma” kommer från grekiskan och betyder kropp. Kroppen uppfattades som helt skild från själen eller anden som benämndes psyche. Dessa beteckningar är fortfarande i högsta grad levande inom sjukvård och även i vårt medvetande. Vi talar om somatiska kliniker som till exempel medicin, kirurgi, ortopedi med flera i motsats till psykiatriska kliniker.

På ett ställe tas kroppen om hand och är i fokus och på ett annat det psykiska, det själsliga.

Begreppet somatisering definieras vanligen så att en person uppfattar och kommunicerar någon form av psykisk stress med olika former av kroppsliga symtom. Efter utredning hittar man inte någon bakomliggande kroppslig förklaring och misstänker att det kan vara uttryck för någon form av psykisk belastning eller ursprung.

1:2 Psykosomatik är det samma sak

Ordet psykosomatisk har ju satts samman av det grekiska orden för själ och kropp till ett. Psykosomatisk medicin växte fram under 1900-talet som ett interdisciplinärt område som spände över många olika medicinska specialiteter och även självklart involverade psykiatrin. En förgrundsgestalt i detta arbete var en ungersk/amerikansk läkare Franz Alexander som verkade under 1900-talets första hälft. Han kopplade kropp och själ samman på så sätt att psykiska påfrestningar kunde ge upphov till *kroppsliga sjukdomar*. Franz Alexander, som var psykoanalytiker i botten, tänkte sig att vissa specifika psykiska påfrestningar som att exempelvis sedan barndomen ha ett stort oralt behov kombinerat med olika psykiska påfrestningar kan ge upphov till överproduktion av saltsyra och så småningom magsår. Han talade om vissa specifika psykosomatiska sjukdomar förutom magsår som högt blodtryck, reumatism, astma, struma och ulcerös kolit.

Mycket av detta tänkande är övergivet men termen psykosomatisk har levt vidare och blivit allt svårare att definiera eftersom många ”kroppsliga” sjukdomar visat sig försämrats eller utlösas av psykiska påfrestningar eller stress. Även det omvända – psykiska sjukdomstillstånd och allvarliga symtom kan ibland utlösas av bakomliggande kroppslig sjukdom och förändringar.

Psykosomatik har därför som begrepp tappat mycket av sin forna betydelse och ordet somatisering har till stor del ersatt begreppet psykosomatisk. En viktig skillnad i tänkandet är att man vid somatisering inte har någon påvisbar kroppslig förändring eller sjukdom som kan förklara symtomen.

1:3 Olika somatoforma syndrom

Med tiden har det växt fram ett tiotal så kallade somatoforma syndrom. I ICD-10 som är de diagnoskoder vi använder oss av i Sverige listas nedanstående somatoforma syndrom.

F45.0	Somatiseringssyndrom
F45.1	Odifferentierat somatoformt syndrom
F45.2	Hypokondri (rädsla för att bli sjuk)
F45.2A	Dysmorfofobi (bild av sin egen kropp som inte stämmer)
F45.2B	Nosofobi (rädsla för att man har en allvarlig sjukdom)
F45.2C	Cancerofobi (rädsla för att ha cancer)
F45.2D	Venereofobi (rädsla för att ha en könssjukdom)
F45.2X	Hypokondri, ospecificerad
F45.3	Somatoform autonom dysfunktion (obalans i det icke viljestyrda nervsystemet)
F45.4:	Kroniskt somatoformt smärtsyndrom
F45.8	Andra specificerade somatoforma syndrom
F45.9	Somatoformt syndrom, ospecificerat

Alla dessa diagnoser har två saker gemensamt. Det ena är att det inte finns någon underliggande kroppslig förklaring. Det andra är att symtomen har vållat patienten så pass stora besvär att de påtagligt har satt ner personens funktionsförmåga.

1:4 Hur vanligt är somatisering?

En rad olika undersökningar visar en mellan 20-30% förekomst på en primärvårdsmottagning (Fink, WHO-study). Utmärkande för denna grupp är att de ofta har ett stort vårdsökande, ungefär hälften av dem har ett samtidigt ångest- eller depressionstillstånd.

Somatoforma syndrom är inte alls homogen en homogen grupp. Den kan grovt delas in på detta sätt:

1. Patienter som söker med olika kroppsliga symtom där man inte kan hitta underliggande orsak.
2. De som söker mer på grund av oro för att vara svårt sjuka.
3. De där de kroppsliga symtomen mer kan vara en följd av ett ångeststillstånd eller depression.

1:5 Behandling av somatisering

Det finns drygt 300 publicerade artiklar tillgängliga i Pub Med vid sökning med termerna ”Treatment + Somatoform”. Det är en uppsjö av olika typer av

behandlingsinsatser som beskrivs. Allt från fysisk aktivitet till mindfulness. Individuella terapier och gruppbehandling. Olika typer av farmakologisk behandling. Många av de publicerade resultaten är uppmuntrande. Någon egentlig samstämmighet om vilken av alla olika behandlingar som är den bästa finns inte även om det ser ut att vara en slagsida mot olika typer av kognitiva beteendeterapeutiska upplägg.

I en översiktsartikel från 2007 slås fast att KBT för närvarande är den bäst etablerade behandlingen vid somatoforma syndrom (Kroenke 2007).



Denna bild illustrerar en del av problematiken kring somatisering

2 Möjlighetsmottagningen

2:1 Bakgrund

Idén föddes sommaren 2011 efter en kontakt mellan vårdcentralenschefen samt den läkare som senare blev projektets psykiater. Behovet bedömdes som stort eftersom gruppen patienter med olika kroppsliga symtom utan konstaterad bakomliggande sjukdom var vanligt förekommande. Denna grupp som redan var betydande stod också för en proportionellt sett ännu större andel av besöken då många av dem var ständigt återkommande.

Tankarna föddes på att erbjuda delar av denna grupp möjlighet både till noggrann bedömning samt sedan också erbjudande till individualiserad teambehandling.

Ett övergripande mål var att utveckla lämplig metod som senare skulle kunna användas på andra vårdcentraler för denna patientgrupp. Att täcka hela vårdcentralens behov av dessa insatser bedömdes som utsiktslöst. Risken att huvudsakligen få kroniskt långvarigt sjuka till denna mottagning var också något som skulle undvikas.

Det hela ledde till att följande kriterier för att gå in i projektet fastställdes:

- Har fastställd somatisering – grovt definierad som kroppsliga symtom som påtagligt sätter ner patientens funktionsförmåga. Samt att utredning inte kunnat fastställa kroppslig bakomliggande orsak.
- < 55 år
- Har en fast anställning, dvs. en arbetsgivare i bakgrunden med ett rehabiliteringsansvar.
- Gärna lever i familjekonstellation (gift, sambo, barn)
- Inget tolkbehov
- Vid sjukfrånvaro ska sjukskrivningstiden senaste 12 månaderna inte överstiga 180 dagar.

Tanken var här att välja ut en grupp med förhållandevis många prognostiskt gynnsamma faktorer.

2:2 Ansökan till FINSAM (för själva ansökan se bilaga 1)

FINSAM är en förkortning för Finansiell Samordning.

Arbetsförmedling, Försäkringskassa, Landsting och primärkommuner har var och en avsatt pengar för utveckling av kunnande och ökad samordning mellan dessa myndigheter. Sedan 2004 när lagen om finansiell samordning kom så har runt om i landet samordningsförbund bildats. Samordningsförbundets uppgift är primärt att verka för att medborgare ska få rehabilitering som ger dem möjlighet att försörja sig själva. En förutsättning för att rehabiliteringen ska kunna utvecklas

effektivt är att det finns väl fungerande arbetsformer.

Tanken är att försöka hitta nya och bättre arbetsformer där insatser från dessa myndigheter kan samordnas kring individers behov på ett bra sätt.

Många i denna patientgrupp har kontakt med dessa fyra myndigheter. Kontakt togs och samtal inleddes med Försäkringskassan samt Arbetsförmedlingen i Malmö och en ansökan började ta form och arbetades fram i en arbetsgrupp med representanter från primärvården, FK och AF.

Medel beviljades för projektet för 2012 och 2013.(Se vidare Ansökan Bil. 1)

2:3 Beskrivning av arbetet

På vårdcentralen finns sedan tidigare ett Resursteam som möts varje tisdag förmiddag. Här handläggs alla sjukskrivningsärenden som är längre än två veckor samt även patientärenden med mer komplex problematik där samordning mellan olika yrkeskategorier behövs. Försäkringskassan medverkar varannan gång.

Läkare, sjukgymnast, kurator diskuterar lämplig plan.

Denna gruppering utnyttjas även av Möjlighetsmottagningen. Gruppen förstärks med Personal från Arbetsförmedlingen varannat möte samt att FK ökar sin medverkan till deltagande vid varje möte.

Teamet på Möjlighetsmottagningen består av

1 ST-läkare allmänmedicin

1 psykiater

1 psykolog/psykoterapeut

1 sjukgymnast

1 arbetsterapeut

Tillgång till dietist

Vårdcentralens samtliga läkare har ett fortsatt övergripande behandlingsansvar för de patienter som remitteras till Möjlighetsmottagningen.

Arbetsdag för teamet är onsdagar med rond mellan 10-12 samt övrig tid vikt för patientarbete.

Vi har även resurspersoner utanför själva teamet bestående av smärtiläkare, läkare med specialistkunskaper i psykofysiologi, universitetsanknuten läkare för ev. forskningsinsatser samt också möjlighet till handledningsinsatser.

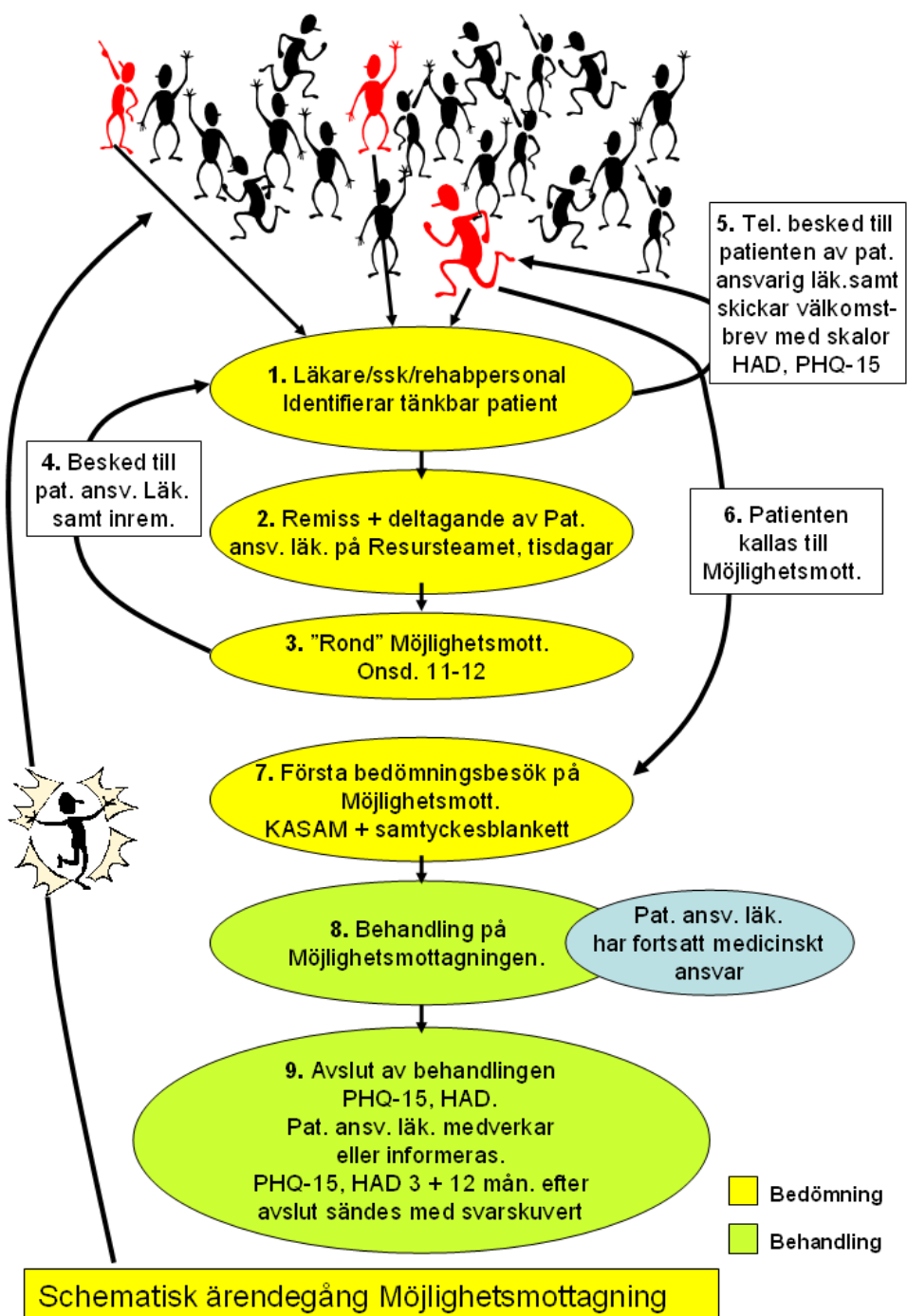
I grova drag så görs initialt en bedömning av patienten av två personer från teamet. I samband med detta skattas patientens somatiska symtom med hjälp av PHQ-15 (Patient Health Questionary) som omfattar 15 olika kroppsliga symtom och är validerat för somatoforma symtom (Kocalevent RD. 2013). Det görs även skattning av ångest samt depression med hjälp av HAD (Brennan C. et al).

Om patienten bedöms behandlingsbar och önskar att medverka, görs en individuell behandlingsplan. De vanligaste behandlingsformerna är fysisk

aktivitet, avslappningsövningar TA – Tillämpad avslappning (Ektor-Andersen), uppsättning av GAS-mål – Goal Attainment Scaling (Turner-Stokes L. 2009) samt KBT.

Flera av patienterna har med hjälp av arbetsterapeuten gjort en vardagsrevision som är ett instrument framtaget i Lund (Eklund M. et al 2011). Mer sällan har farmakologisk behandling getts.

2:4 Flödesschema



2:5 Medverkan av Försäkringskassa samt Arbetsförmedling

Arbetsförmedlingen, (Af), har deltagit på 10 % och Försäkringskassan, (Fk), på 20% i Möjlighetsmottagningen under hela projektiden.

Från början var det oklart för såväl Af som Fk vilken roll vi skulle ha i projektet, däremot var det tydligt att Af och Fk var involverade i många ärenden på Vårdcentralen Fosietorp. Då det visade sig vara svårt att rekrytera ärenden till Möjlighetsmottagningen, bestämdes att Af skulle delta i Resursteamet och på det sättet medverka till att en samverkan kring arbetsökande kom till stånd. Fk deltog redan sedan tidigare en gång varannan vecka, men utökade det nu till varje vecka.

Resursteamet är en träff mellan personal med olika kompetenser från Vårdcentralen och Fk, samt Individ och Familj inom Socialtjänsten. De träffas varje vecka för att diskutera och belysa patienter som är sjukskrivna mer än 14 dagar samt patienter med en mer komplex symtombild.

Det första problemet som behövde lösas var hur Samtycke till hävande av sekretess mellan Af och Vården skulle gå till. Lösningen blev att Vårdcentralen fick att antal kopior och ordnade sedan en underskrift av patienten.

I Resursteamet informeras om patientärenden, Af och Fk informerar om ev. aktuell planering för personen från respektive myndighet eller vad som kan vara möjligt inom ramen för respektive myndighets uppdrag. Efter diskussion och genomgång av ärendet skrivs en överenskommelse om fortsatt handläggning till behandlande ansvarig läkare, samt dokumenterar den i journalen. Någon från teamet återkopplar till patienten.

Syftet med deltagandet i Resursteamet har också varit att identifiera patienter till Möjlighetsmottagningen, vilket visat sig vara svårt i praktiken.

Resursteamet har ökat förståelsen och kunskapen kring våra respektive uppdrag och regelverk, som har resulterat i en positiv och god samverkan.

Af och Fk har vid två tillfällen deltagit i vårdcentralens APT-möte (ArbetsPlatsTräff) för att informera om nyheter och regler från våra respektive myndigheter samt hur samverkan kan ske inom ramen för våra respektive uppdrag. Gemensam kartläggning, GK, med den sjukskrivne och handläggare från Af och Fk har varit den stora förändringen under tiden Möjlighetsmottagningen pågått. Förslag på GK har också varit en ofta förekommande rekommendation från Resursteamet till behandlande läkare.

AF och FK medverkade även på studiebesök på Enheten för Psykosomatisk Medicin i Västerås 2013-04-11 samt Gustafsbergs Vårdcentral 2013-04-12. Verksamheterna uppfattades som välfungerande medicinska enheter med många specialister och goda resurser. Det framkom dock att det saknades former/organisation för samverkan med AF och FK vilket ju enligt vår erfarenhet från Resursteamet och Möjlighetsmottagningen tillför ytterligare en

dimension och ökar förutsättningarna för en god samverkan och planering för återgång i arbetslivet.

Af har genom deltagandet i Möjlighetsmottagningen ökat Vårdcentralens kunskap om Af:s uppdrag. Det är viktigt att vården har den kunskapen då det indirekt kan leda till att sjukskrivningsperioder kan minskas.

Vi har tydliggjort gränssnittet mellan varje myndighet, vem som har ansvar för vad, vilket minskat risken för dubbelarbete.

Via GK, gemensam kartläggning, har patienten har fått hjälp/stöd från rätt aktör. Det har formulerats en Handlingsplan med patienten i centrum, med målet självförsörjning.

I Resursteamet har det blivit tydligt att när det finns samma information om patienten, medför det ett enhetligt förhållningssätt gentemot patienten.

Af:s och Fk:s reflektion kring deltagandet i Möjlighetsmottagningen och Resursteamet är att det varit ett lärande. Vi har lärt oss förstå problematiken kring och vilka konsekvenser olika diagnoser kan få. Vi har också fått en ökad förståelse kring såväl sjukskrivningsproblematiken som hur svårt det är för en läkare att bedöma en arbetsförmåga respektive en oförmåga.

Vi har fått en inblick i vilka dilemma i vardagen läkare och annan sjukvårdspersonal ofta ställs inför i arbetet med olika patienter.



3 Resultat

3:1 Data

Under projekttiden har 23 patienter bedömts och de flesta av dessa har gått vidare till någon form av behandling. Vidare har vi hösten 2013 startat en gruppbehandling med ytterligare 10 patienter.

På Resursteamet har förutom de ovan nämnda cirka 250 olika patienter varit uppe till diskussion och samråd mellan vårdcentral, Försäkringskassa samt Arbetsförmedling.

3:2 Exempel på lyckade behandlingar

Kvinna drygt 50 år gammal.

Har sökt vårdcentralen upprepat på grund av *oro för reumatisk sjukdom*. Utredd med somatisk undersökning, reumatologisk blodprovskontroll och röntgenundersökning av händer och fötter som samtliga utföll helt normalt. När patienten fortsatt upprepat söker erbjöds kontakt med Möjlighetsmottagningen till vilket patienten tackade ja till.

Bedömdes samtidigt av distriktsläkare/ST-läkare och sjukgymnast. Noggrann fördjupad sjukdomshistoria och undersökning görs. Det framkommer att patienten har stark oro att bli handikappad, utveckla kronisk ledsjukdom samt återfalla i depression som patienten tidigare lidit av. På grund av värk och oro har hon slutat att träna, dansa, träffa vänner samt laga mat. Aktiviteter som hon tidigare tyckt mycket om.

Tillsammans med sjukgymnast, distriktsläkare sätter patienten upp graderade mål (GAS). Fokus ligger på gradvis beteendeaktivering parallellt med acceptans av sin ledvärk och återgång till de aktiviteter hon tidigare uppskattat med upphört med. Hon följdes under sex månader på Möjlighetsmottagningen och bättrades gradvis. Idag kan hon hantera sin smärta och har återupptagit sina dagliga aktiviteter i modifierad form.

Kvinna i 25-årsåldern. Gift med två barn. Omfattande sjukvårdskonsumtion på vårdcentralen. Ofta för övre luftvägsinfektioner samt ÖLI. Men också för hjärtklappning, oro och diarré. Har också sedan ungdomen konstaterat medfödd mindre njure som upprepat på patientens begäran undersökts med ultraljud. Bedöms som somatisering i huvudsak och remitteras till Möjlighetsmottagningen. Under det andra samtalet framkommer under viss vanda en berättelse med en mycket djup fruktan för att dö i någon sjukdom. Rötterna finns i att hon som barn bevittnade en granne som dog i en cancersjukdom och hon har sedan dess haft som hon själv säger en plågsam rädsla för att själv dö. Varje litet kroppsligt symtom sätter igång skräcken och genom åren lett till omfattande utredning av både hjärta, njurar. Behandlas med kombination fysisk

aktivitet, samt läkarsamtal. Efter hand klart förbättrad. Vid sista besöket berättar hon att en väninna kritiserat henne för att i förväg betalt en semesterresa eftersom man inte vet om man lever då. Natten hade varit orolig, nästan sömlös då alla gamla tankar och rädslor aktiverades. Men sa nöjt att hon bestämt sig för att väninnan skämtade och inte menade allvar och att hon nu kunnat hantera situationen vilket hon inte kunnat tidigare.

Man i 25-årsåldern som invandrat från Sydamerika för 5 år sedan. Har frekvent vårdsökande både på vårdcentral men även vid ett par tillfällen akut vid sjukhusets akutmottagning för hjärtklappning, lufthunger. Även klagat över och haft stora problem med klåda, rodnad och smärta från ögonen samt nackvärk. Remitteras till Möjlighetsmottagningen och vid vårt första möte med sjukgymnast och psykiater uttrycker han mycket oro över sitt liv, sina symtom. Har vänt på dygnet, slutat träna och vara aktiv. Jobbade ej. Efter några möten hade pat. börjat röra på sig, träna, sov bättre, var aktiv och sökte arbete, fortsatte studera för att komplettera sina betyg. Han flyttade även ihop med sin sambo som var gravid och är idag pappa. Symtomen med irritation i ögon, nackvärk försvann ej men patienten hittade rutiner och ett aktivt liv trots detta vilket innebar att han mådde bättre.

3:3 Exempel på mindre lyckade behandlingar

Man i 30-årsåldern som jobbar som lärare. Har gått lärarutbildningen men hoppat av i samband med examensarbetet. Under uppväxten har hans föräldrar uppsökt vårdcentralen ganska frekvent för att han hade olika besvär av lindrigare slag som eksem, allergi, magont och förkylningar. Det tycks ha funnits en lite överdriven ängslighet hos föräldrarna som inte stått i proportion till besvären.

Som vuxen har han haft ett liknande vårdsökande och gärna ringt tidigt vid lindriga besvär och uttryckt en oro för symtomen. Vårdsökandet ökade kraftigt för ett år då han var inne på sista terminen och examensarbetet stod för dörren. Han tycker inte själv att det finns något samband mellan hans upplevda ”attacker” av smärta kring hjärtregionen och skulderna.

När han tar kontakt med vårdcentralen blir han inbokad på ett akutbesök och det görs sedvanlig undersökning när det finns misstanke om hjärtproblem av någon art. Det finns inget som tyder på att han har något fel på hjärtat och läkaren förmedlar detta till honom och antyder något om ångestrelaterat. Det går någon vecka och smärtan återkommer och han söker igen med stark oro för vad som händer. Sedan följer fler och grundligare undersökningar där man fortfarande inte hittar något somatiskt som kan förklarara hans symtom. Det tillkommer sedan fler symtom som yrsel och magont. Han får besked om att det sannolikt är ångest och förslag på att gå i KBT-terapi för att hantera sin ångest. Patienten

är följsam till det som föreslås då han vill ha en förbättring av sitt tillstånd som han upplever som mycket svårt att stå ut med. I samtalen framgår det tydligt att han inte ”köper” förklaringen att det handlar om ångest enbart. Han vill gärna få en somatisk förklaring.

I Möjlighetsmottagningen får han träffa psykiater och psykolog. Han träffar också sjukgymnast och dietist. Han genomgår en KBT-behandling. Han får olika alternativa sätt att se på sina symtom som han till viss del tar till sig. Hans smärta i hjärtat har försvunnit och flyttat sig lite mer åt skulderna men är sammantaget mindre. Yrseln har ökat något och finns kvar men är inte konstant och hindrar honom egentligen inte från att göra något. Han uttrycker viss besvikelse över att inte må helt bra och vill att sjukvården fortsätter att utreda varför han inte gör det.

Vi avslutar patienten i Möjlighetsmottagningen genom att återkoppla till hans listade läkare och genom att se till att han kommer att följas upp med ett sammanfattande besök om vad som gjorts hittills och med tanke att han ska följas av samma behandlare i så stor utsträckning som möjligt fortsättningsvis. Förhoppningen är att något har skett under denna process som så småningom leder till att patienten kan acceptera och leva ett fullgott liv med viss smärta eller krämpa som hör livet till och som förstärks av hälsoångest och oro.

Så här i efterhand, och lite självkritiskt, så kan man också konstatera att han har fått ett bemötande av sjukvården som i ett första skede var korrekt men under tidsbrist och med bristande kommunikation och inlevelse utifrån patientperspektiv. Därefter har han fått ett helt artilleri av samtalsterapi, dietist, sjukgymnast och läkartid inom vår mottagning. Kanske har sjukvårdens något ambivalenta bemötande här i sämsta fall också spätt på hans ångest. Det understryker vikten av att i ett tidigt skede ge ett bemötande där patienten känner sig sedd med sina problem och får en meningsfull återkoppling och då krävs det ofta lite mer tid både för att läsa tidigare journaler och i mötet med patienten.

Drygt 40-årig man, gift, två barn heltidsarbetande. Har en längre tids omfattande vårdsökande pga smärtor i bröstet, övre delen av buken samt rygg. Har för ett par år sedan haft en övergående perikardit och sedan dess varit extra vaksam för symtom från hjärttrakten. Undersökt med ultraljud gånger flera som varit utan anmärkning. Nu även tilltagande besvär övre delen av buken. Ultraljud har visat leverstetos utan säker bakomliggande orsak. Normala lab. Prover samt ingen hög alkoholförtäring. Patienten remitteras till Möjlighetsmottagning och säger att han känt sig tvungen att komma – men att han inte förstår riktigt varför eftersom det är kroppen han har bekymmer med. Vid somatisk undersökning framkommer inget anmärkningsvärt, buken är mjuk oöm. Har smärtor vid sidan om ryggraden på hö sida som kommer i samband med att han böjer sig. Hjärta och lungor utan anmärkning. Denna patient tackar nej till vidare uppföljning och behandlingsinsatser från vår sida. Vår bedömning är att det finns otvetydigt symtom som vid somatisering

med uttalad hälsoångest och också upptagenhet och observans kring somatiska obehag som dock inte bedöms som allvarliga. Senare uppföljning av journalhandling ger vid handen fortsatt extensivt vårdsökande. Ny CT buk som utfallit utan anmärkning – tidigare steatos var vid denna undersökning ej synlig.

3:4 Sammanfattning av resultaten

Av ovanstående framgår att projektet inte blev vad vi förväntade. Att därför betrakta det som ett misslyckat projekt är däremot en felaktig slutsats. Vi har haft för få patienter inkluderade – men samtidigt har ingående resurspersoner arbetat på med alla de ärenden som aktualiserats på Resursteamet, vi har genomfört flera utbildningsinsatser på vårdcentralen, på Arbetsförmedling samt också på den nationella primärvårdskonferens som avhölls i Lund hösten 2013. Vi har också under arbetet försökt mejsla fram och beskriva vad det var i vårt angreppssätt som inte fungerade och hur man kan nå längre med denna grupp än vad vi lyckades med.

Efter projektets avslutande kommer Resursteamet att finnas kvar. Både Arbetsförmedling och Försäkringskassa har funnit denna arbetsform så pass viktigt att de skjutit till medel och personalresurs för att fortsatt ingå i teamet. För framtiden hållbara angreppssätt beskrivs noggrannare under del 5 ”Lärdomar – Framtida möjligheter” i denna rapport.



Problemen kan ibland vara större än man ser eller anar

4 Diskussion

4:1 Varför blev det inte som vi trodde?



Denna bild sammanfattar problematiken med patientrekrytering.

- Urvalet av patienter till Möjlighetsmottagningen ska vara att de somatiserar – dvs. att de inte har en underliggande kroppslig orsak eller sjukdom. Man ska alltså sortera fram något som ”inte finns” – en frånvaro av somatisk sjukdom. Här uppstår allt som oftast tvivel hos bedömare – kan jag vara helt säker.
- I nästa steg stegras inte sällan oron hos patienten som kanske gått igenom en noggrann utredning som (hittills) inte visat några fynd. Men har man verkligen letat överallt och tillräckligt noga ska man inte överväga att driva utredningen ett steg till – hur kan behandlaren vara helt säker?
- När sedan behandlaren bestämmer sig för att det inte är kroppsligt så halkar man lätt över till att det rör sig om något som är psykiskt. Flera olika faktorer bidrar.
 - De somatoforma syndromen sorterar in under psykiatriavsnittet i diagnosöversiktterna (ICD, DSM-IV).
 - Dessa patienter har ofta en hög rädsla/ångest över sitt tillstånd – flera av dem uppfyller kriterier för olika ångestsjukdom och/eller depression.
 - Sedan finns den urgamla uppdelningen av kropp och själ i bakgrunden – är det inte det ena så är det, det andra.

- Slutligen motsätter sig många patienter mycket tydligt att det skulle vara något psykiskt med i spelet. De har ju kroppsliga symtom - hur kan man vara så säker osv. Många patienter och även patientföreningar avvisar ofta kraftfullt att psykiska faktorer eller ens stress skulle ha bidragit till deras besvär.

4:2 Grundläggande faktorer som bidrar till problematiken.

Flödet på mottagningen – ”tidsbrist”

Både mottagande läkare/sköterska samt även patient är som regel intresserade av en snabb lösning. Vårdpersonal och då i synnerhet läkaren är också kraftigt begränsad av en snäv tidsram som inte ger utrymme för en riktigt djup anamnestagning eller ens att man hinner med att gå igenom tidigare journalhandlingar – framför allt inte vid denna patientgrupp som ofta har sökt ofta.

Detta leder till hos både patient och behandlare en ömsesidig frustration. Denna grupp har oftast inte någon snabb förbättring och svarar ofta inte alls speciellt bra på medicinsk behandling.

Att snabbt och lätt bli bra

Allt ska inte bara gå snabbt utan det ska också kunna åtgärdas helst utan någon större arbetsinsats från patientens sida. Mediciner efterfrågas ofta och denna patientgrupp har som regel också många olika mediciner. En mix av smärtstillande, antidepressiva och ibland också ångestdämpande mediciner som regel med begränsad nytta. Inte sällan efterfrågas andra typer av behandling – operation mm.

Finns det bakom symtomen ett dysfunktionellt beteende och en rädsla för att vara svårt sjuk som bidrar till beteendet så hjälper sällan traditionell medicinsk behandling.

Vi har också sett att många av våra patienter haft behandling inom Rehabgarantin ibland av tillfällig privat vårdgivare. Ett bekymmer även här är att denna begränsade tid som ges inom denna garanti många gånger är otillräcklig och när kontakten avslutas är patienten tillbaka på ruta noll. Flera av dessa patienter skulle må bra av en mer kontinuerlig kontakt eftersom detta beteende har en tendens att komma tillbaka inte sällan i tuffa livssituationer.

Kan det vara något kroppsligt – något farligt?

Denna fråga finns hos de patienter med somatisering som söker hjälp. Den finns även djupt rotad i vårdkulturen. Den leder som regel till en ganska omfattande utredning inte minst på grund av att symtomen vid somatisering ofta är relativt ospecifika som värk/smärta egentligen varifrån som helst, olika former av mag/tarm besvär, huvudvärk, hjärtklappning, trötthet osv. Många av våra patienter har både gjort CT skalle (ibland flera), gastroskopier, hjärtutredningar

osv. som inte kunnat påvisa något organfel.

Det har bidragit till både en fördjupad problematik med somatisering – rädsla för att det kan vara något allvarligt – och förstärkt ett dysfunktionellt beteende.

Att hantera kontra att bota

Patienterna och även vården är som regel inställd på att helt ta bort alla symtom som förorsakar besvär. För denna grupp patienter är det sällan en framkomlig väg. Många gånger handlar det snarare om att lära sig hantera det som förorsakar besvär. Inte sällan leder en framgångsrik behandling av somatisering till symtomlindring – men fokus är mer inställt på att hantera.

Att hantera kan handla både om att på ett plan kunna lära sig att stå ut med en del symtom och också tanken på att de inte alltid går att helt eliminera. Det innebär också att kartlägga vilka faktorer som kan ge/förvärra de symtom som uppträder och att sedan hitta sätt att både förhålla sig men också att bryta vad som ofta kan beskrivas som en ond spiral.

Delen och det hela

Vår erfarenhet är att det som presenteras initialt vid en kontakt med vården är den del – det symtom - som *just då* oroar. Hos patienter med somatiseringsproblematik finns som regel en känslighet som sträcker sig långt tillbaka i tiden. Ibland kan ett somatiseringsbeteende variera med yttre stressfaktorer dvs. patienten kan känna sig bättre långa perioder och sedan komma tillbaka när livspusslet är svårare.

Tidsbristen hos både patient och behandlare leder oftast till att det endast fokuseras på det aktuella symtomet och helhetsbilden av patienten missas/bortprioriteras.

Generalister -specialister

Primärvården är ofta första kontakt för personer med somatisering. Det är också av flera skäl rätt ställe:

- Om det är frågan om somatisering är vidare utredning hos specialist inte nödvändig. Många gånger genomförs den ”för säkerhets skull” och i de lägena återvänder ofta patienten till primärvården.
- Ofta är symtombilden ospecifik och inte sällan innefattas också psykiska symtom i form av ångest, nedstämdhet, sömnsvårigheter. Här om något behövs generalistens breda kunskaper.
- Helhet samt kontinuitet är två hörnstenar i mötet med dessa patienter och kan som regel bättre uppnås på en primärvårdsmottagning jämfört med sjukhusklinik.

Passivt – aktivt

Gott behandlingsresultat innefattar aktivitet från patient, utförd av patienten.

Att bryta ett beteende, att hitta ett nytt sätt att förhålla sig kräver mycket av både patient och behandlare. Ofta behövs multidisciplinära insatser.

En viktig del av behandlingen inledningsvis är att få patienten att acceptera och stötta honom/henne att stegvis ge sig i kast med aktiv behandling. Majoriteten av dessa patienter har en mycket låg fysisk aktivitet och detta är en av flera hörnstenar i behandlingen.

4:3 Somatisering – inte ett syndrom snarare ett beteende

Vår analys mynnar ut i att

- Det har varit svårt att skilja ut somatiserande patienter på grund av kravet att det inte ska finnas underliggande kroppslig orsak. Man ska alltså diagnostisera frånvaron av kroppslig sjukdom och detta har stött på hinder.
- Det andra stora hindret är att när detta görs så betraktas tillståndet som psykiskt. Detta är något som många för att inte säga majoriteten av patienterna motsätter sig bestämt och är då inte intresserade av vidare kontakt.

Den dikotoma uppfattningen att om det inte är kroppsligt så måste det vara psykiskt har lett fram till att vår arbetsmodell i nuvarande utformning inte fungerat som tänkt var.

Hur kan detta tacklas? En möjlighet vi testat i några enstaka fall är att betrakta hela denna problematik som ett dysfunktionellt beteende. Dessa patienter präglas i hög grad av en rädsla för allvarligt kroppslig sjukdom och de kroppsliga symtom de känner tolkas ofta som tecken på allvarlig underliggande sjukdom. Frustrationen hos både patienter och behandlare när detta inte återfinns är betydande.

Om behandlare betraktar och kommunicerar till dessa patienter att de kan ha en ”känslighet” som bidragit till oro och rädsla för att vara allvarligt sjuka. Att detta lett till ett beteende präglad av att de ägnar stor tid och energi på sina symtom. Många av dem har haft fleråriga mycket täta kontakter med olika delar av vården. Vår erfarenhet är att detta i många fall är ett möjligt sätt att kommunicera med denna grupp patienter.

DSM 5 I den nyligen utkomna upplagan av DSM 5 (Diagnostic and Statistic Manual) har det skett stora förändringar i diagnostiken av somatoforma syndrom. Flera av dem har helt enkelt strukits och diagnosen ”Somatic Symptom Disorder” har lanserats.

Kriterierna för detta är följande (vår översättning):

A. Ett eller fler somatiska symtom som ger betydande påverkan i dagligt liv

B. Två av följande:

- *Hög nivå av hälsorelaterad ångest*
- *Oproportionerlig oro/upptagenhet*

*- Ägnar mycket tid och energi åt dessa symtom eller sin oro.
C. Kroniskt förlopp >6 månader*

Det radikala i denna antagna och giltiga diagnostik (åtminstone i USA) är att man helt tagit bort kravet på att det ska saknas kroppslig förklaring till symtomen. Detta innebär att även patienter med kroppslig sjukdom som har symtom som är förknippade med hög ångest och ett beteende präglad av stor upptagenhet av symtomen samt att mycket tid och kraft går åt till dessa och att förloppet blivit kroniskt uppfyller de diagnostiska kraven.

4:4 Skillnaden mellan att ha en sjukdom eller ett beteende

En ung kvinna med mångårig trötthet, värk där man inte hittat säker underliggande orsak remitterades till oss. När hon träffade teamets psykiater spände hon blicken i honom och sa:

- Jag har ME – det vet du förstås inte vad det är – det är som MS fast värre.

Det hon åsyftade var Myalgisk Encefalit ett begrepp som ofta används synonymt med CFS – Chronic Fatigue Syndrome (kroniskt trötthetssyndrom). Det finns ingen känd bakomliggande orsak. Virusinfektioner, toxinpåverkan, autoimmuna reaktioner, psykiskt bakomliggande orsaker har nämnts.

Denna unga kvinnas liv präglades helt av vad hon uppfattade som en allvarlig kronisk obotlig sjukdom. Hon var också besviken på många inom vården som inte förstätt hur sjuk hon var. Hon kände sig i stort sett alltid trött och orkade bara mycket begränsat sådant hon tidigare klarat.

Tänk om det är ett dysfunktionellt beteende istället för en allvarlig obotlig sjukdom utlöst av en virusinfektion i hjärnan. Hon hade aldrig haft symtom som vid allvarlig encefalit. I en stor vetenskaplig översiktsartikel (Cochrane 2008) gick man igenom 15 olika publicerade studier med KBT-behandling just vid kroniskt trötthetssyndrom/ME. I studierna ingick totalt 1 043 individer och man konstaterade att KBT vid dessa tillstånd var effektivt jämfört med vanligt omhändertagande ("usual care"). Just denna kvinna var inte intresserad och inte motiverad. Hon satt helt fast i att detta inte var ett dysfunktionellt beteende – uppfattade det mer som en kränkning - hon var ju sjuk, hon hade ME.


En sjukdom med kroppsliga symtom uppfattar de flesta både patienter och medarbetare i sjukvården är något som ska behandlas med medicin eller kirurgi. Med tanke på att somatisering är så pass vanligt förekommande bidrar det till ökade kostnader (Barsky et al.). Överbehandling eller direkt felaktig behandling kan också ge upphov till skador (Fink et al).

Ett dysfunktionellt beteende däremot är möjligt att behandla på annat sätt, bland annat med KBT (Cochrane).

4:5 Stöd för denna uppfattning i vetenskap och erfarenhet

Det ligger ett stort arbete bakom förändringarna i DSM 5 där detta nya tillstånd ”Somatic Symptom disorder” etablerats. Bakgrunden och resonemangen leder fram till att tidigare diagnos där somatoforma syndrom har varit en uteslutningsdiagnos – när man inte funnit objektivt kroppsligt underlag har misslyckats. En diagnos även inom detta svåra område tjänar på att bygga på positiva fynd – vad föreligger, vad kan observeras och beskrivas (Voigt et al). Ett skifte från uppfattningen att det rör sig om så kallade ”funktionella symtom” det vill säga sådana där det saknas objektivt underlag – där medicinsk utredning inte kunnat visa några fynd som kan förklara tillståndet har av flera orsaker inte fungerat (Kroenke et al). Det visar sig att användningen av somatoforma diagnoser används högst olika av olika läkare (Rief et.al). I bakgrundsarbetet till DSM 5, finns beskrivningar och argument för att positiva fynd leder till säkrare diagnostik än det tidigare obligatoriet med att påvisa frånvaron av underliggande objektiva fynd. Studier har påvisat att sättet man diagnostiserat somatoforma syndrom enligt DSM IV samt även ICD -10 är instabilt (Simon GE et al.).

**The American DSM-V approach:
Somatic Symptom Disorder**



Criteria A, B, and C must all be fulfilled to make the diagnosis:

- A. **Somatic symptoms:** One or more somatic symptoms that are distressing and/or result in significant disruption in daily life.
- B. **Excessive thoughts, feelings, and behaviors related to these somatic symptoms or associated health concerns:** At least one of the following must be present.
 - (1) *Disproportionate and persistent thoughts about the seriousness of one's symptoms.*
 - (2) *Persistently high level of anxiety about health or symptoms*
 - (3) *Excessive time and energy devoted to these symptoms or health concerns*
- C. **Chronicity:** Although any one symptom may not be continuously present, the state of being symptomatic is persistent (typically >6 months).

Specifiers

Predominant Pain (previously pain disorder). This category is reserved for individuals presenting predominantly with pain complaints who also satisfy criteria B and C of this diagnosis. Some patients with pain may better fit other psychiatric diagnoses such as adjustment disorder or psychological factors affecting a medical condition.

DSM 5 kriterier för Somatic Symptom Disorder

5 Lärdomar – framtida möjligheter

5:1 Ett radikalt nytänkande

Det är ett väldigt tydligt dilemma att cirka 20% av de patienter som söker inte har några objektiva fynd som kan förklara deras tillstånd. Ett symtom vid somatisering kan nästan presentera sig i många olika former. Självklart ska även i framtiden en noggrann sjukdomsberättelse och riktade medicinska undersökningar genomföras.

Våra erfarenheter samt även den kunskapsutveckling som skett inom området talar för att diagnostik och behandling av denna grupp patienter måste revideras. Vi kan konstatera att vi själva inte alls befriat oss från det grundläggande synsättet att somatiserande patienter i själva verket är kroppsligt friska individer med någon form av psykisk skörhet.

Vi tycker oss tydligt se den väldiga potential som finns i att istället se hela detta komplex som ett beteende vars orsaker kan variera högst väsentligt. Detta innebär också att patienter med en tydlig somatisk sjukdom med olika kroppsliga symtom – men där patienten utvecklat en ond cirkel av oproportionerlig oro, upptagenhet av sina symtom kan inkluderas.

Att i alla dessa fall ha fokus på det dysfunktionella beteendet kan leda till framgång både i bemötande, behandling och tillfrisknande.

Det är jämfört med det bemötande, beteende och behandling denna patientgrupp får idag – ett radikalt nytänkande som sannolikt kommer ta lång tid innan det slår igenom.

Våra erfarenheter efter dessa två år talar dock tydligt för att just här finns den kärna till framgång vi själva kunnat se i de fall där behandlingen har lyckats.

5:2 Patientperspektivet

Flera undersökningar har kunnat visa att dessa patienter har ett stort lidande. Det finns en samsjuklighet med depression och/eller ångest hos många (Lieb et- al.). Det finns också studier pekande på överdödlighet i suicid hos denna grupp. I en nyligen publicerad studie hade cirka en 24% haft tankar om att ta sitt liv de senaste sex månaderna och 18% hade tidigare självmordsförsök (Wiborg 2013). Dessa patienter utmärker sig ofta sedan lång tid tillbaka genom att ofta sökt hjälp för sina symtom många gånger både från primärvård men även specialist- och sjukhusvård.

Majoriteten av dem är tidigare utredda med negativa fynd. Inte sällan har de fått symtomdiagnoser typ buksmärter UNS, hjärtklappning UNS osv. Flera av dem är oroade över frånvaron av fynd trots de fortsatta besvären vilket leder till fortsatt hjälpsökande. Extensiva utredningar kan ha spätt på rädslan för att ha en allvarlig underliggande sjukdom.

Ibland har en del av dem bemötts med att det inte kan vara så allvarligt eftersom alla prover och undersökningar är negativa, att det ”måste vara psykiskt” eftersom det inte är kroppsligt. Det kan upplevas som att patienten inte själv önskar att bli bättre eftersom hela livet och deras tänkande verkar kretsa kring symtomen. Samtliga av dessa bemötanden är kontraproduktiva och leder ofta bara till försämring och i dessa dagar att man byter vårdcentral osv.

Det finns enstaka patienter som av olika skäl kan simulera alternativt på olika sätt framkalla symtom. Det är ovanligt och utgångspunkten i dessa fall vi talar om här är att deras symtom existerar med eller utan underliggande tydliga orsaker.

Vår sammanfattande bedömning är att både patient och behandlare ser ut att sakna nyckel till förståelse av situation och symtom. Återigen tanken kring att det i majoriteten av dessa fall är ett dysfunktionellt beteende och att tankarna kring psykisk eller för den delen kroppsligt sjukdomstillstånd kan stå i vägen för både förståelse och behandlingsinsatser.



Ofta så:

- Har patienten ospecifika symtom
- Beskriver dessa mer specifikt än de med kroppsliga sjukdomstillstånd
- Är helt upptagna av sina symtom
- Negerar ofta helt psykisk etiologi, lidande, problem

5:3 Konsultativt arbetssätt i praktiken

När så många som upp till 20-30 % av primärvårdens patienter har problem som faller under somatisering råder det inga tvivel om att det måste mötas.

Extraordinära lösningar som att remittera alla till KBT-terapi eller annan vård är varken möjligt eller önskvärt.

Har man ett somatiskt symptom och söker hjälp inom primärvården möter man oftast en läkare alternativt en distriktssköterska. Flera kollegor har stor erfarenhet av somatiserande patienter och har ibland hittat mer eller mindre bra fungerande strategier. Vid svåra fall där man inte lyckats på annat sätt kan en regelbundet inbokad tid någon eller några gånger i månaden vara ett sätt att minska ner på ett stort antal akuta besök, öka kontinuitet samt kanske på sikt etablera en kontakt som kan inbegripa annan form av behandling.

Man bör också ha klart för sig att dessa patienter själva ofta inte har vad man kallar helhetssyn. Majoriteten av dem är övertygade om att ha en allvarlig sjukdom ofta förlagd till ett specifikt organ och för detta önskar de en snabb diagnostik samt en snabbt verkande behandling – ”*det måste finnas en medicin*” Detta leder till att man i den reguljära vården måste hitta strategier att både bemöta, diagnostisera och behandla även denna stora patientgrupp. Sannolikt också inom nu befintliga resurser.

En sak man kan hoppas på i detta sammanhang är att framgångar vad gäller denna patientgrupp förmodligen kan spara resurs. Idag så tillhör många av dessa så kallade mångbesökare just denna grupp. En del utredning/behandling som inte behövs kan ju också undvikas.

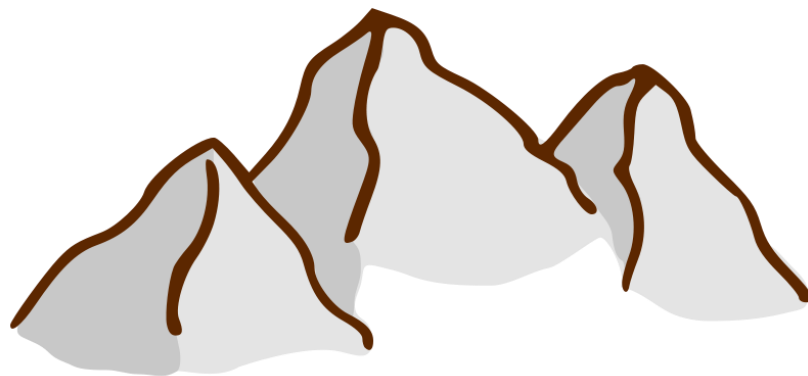
Vi har med de patienter vi behandlat sett hur en kontinuerlig kontakt med en läkare spelar stor roll. Läkaren kan dock ibland behöva extrakompetens för denna grupp såsom exempelvis psykoterapeut, sjukgymnast, arbetsterapeut samt ibland psykiater. Många gånger kan det ur ett patient- och behandlarperspektiv finnas stora vinster i att bedöma/ behandla patienten tillsammans, för att lägga upp en gemensam plan och behandling för patienten.

Dessa möten när patienten möter flera behandlare tror vi inte alls behöver vara speciellt långa. De kan ofta mer ha karaktären av stämning samt bekräftelse på att flera behandlare och patient är överens mål och inriktning.

5:4 Om vi skulle börja idag.....

Vi har konstaterat att det ursprungliga arbetssättet inte fungerade för denna grupp. Utifrån våra erfarenheter tror vi nedanstående kan vara användbara angreppspunkter:

- Fortbildning av behandlare inom primärvården i både bemötande, diagnostik och behandling av denna grupp patienter.
- Att så tidigt som möjligt upptäcka och rätt förstå patienter med somatisering. I ett tidigt läge kan en så enkel åtgärd som en godtagbar förklaring av det kroppsliga symtomet vara fullt tillräckligt.
- Hitta strategier för att både bemöta och behandla de med kronisk somatisering. Varje vårdenhet både har och känner igen denna grupp som ofta har ett mycket stort antal besök och utredningar bakom sig. Här tror vi strategin med att de inte hänvisa att söka akut – utan knyts upp i en regelbunden kontakt med en person. Denna strategi har i flera studier visat sig kunna ge en kraftig reduktion av det totala antalet besök.
- Möjlighet för personer som fastnat i somatisering till möten i professionellt ledd grupp. Vid dessa möten kan man ge både utbildning, träning samt möjlighet att dela erfarenheter.
- Skapa utrymme och metodik för ökad teamsamarbete kring denna patientgrupp – men med ordinarie behandlare kvar som ansvarig.
- Initiera systematisk uppföljning och utvärdering av behandlingsinsatser.



Att ta ett par steg tillbaka – se problemen på lite håll kan ger ett annat perspektiv.

Litteratur:

American Psychiatric Association. DSM-5 Development. Available at: <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/SomaticSymptomDisorders.aspx>

Brennan C. et al., The Hospital Anxiety and Depression Scale: a diagnostic meta-analysis of case-finding ability 2010 Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews

Barsky AJ. et al. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903-910.

Fink P. et. al. Somatization in Primary Care: *Prevalence, Health Care Utilization, and General Practitioner Recognition*, *Psychosomatics* Volume 40, Issue 4, July–August 1999: 330–338

Eklund M. et al, Ny struktur på vardagen - en hjälp vid stressrelaterad ohälsa; *Läkartidningen* 2011;36:1688-90

Ektor-Andersen, Kostnadsfri nerladdning av material för arbete med Tillämpad Avslappning, (TA) <http://www.ektor-andersen.se/Text/TA-downloadWkey.html>

Fink P. Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *Journal of Psychosomatic Research* 1992;36:439-447.

Kocalevent RD., Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population; *BMC Psychiatry* 2013, 13:91

Kroenke K. Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations; *Psychosomatics*, 2007

Kroenke K, Swindle R (2000) Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 69: 205–215.

Lieb , R. et al () . Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: An update . *Psychosomatic Medicine* ,2007:69 , 860 – 863 .

Morriss R. et. al. Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. *Br J Psychiatry*. 2007 Dec;191:536-42

Oye Gureje et al Somatization in Cross-Cultural Perspective. A World Health Organization Study in Primary Care.

Rief W. et al. Stability of somatoform symptoms – Implications for classification. *Psychosom Med* 2007;69:864-869.

Simon GE. et. al. Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. Arch Gen Psychiatry 1999;56:90-95.

Turner-Stokes L., Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide, Clinical Rehabilitation 2009; 23: 362–370

Voigt K. et al, Towards positive diagnostic criteria: A systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. Journal of Psychosomatic Research Volume 68, Issue 5 , Pages 403-414, May 2010

Wiborg JF, Suicidality in primary care patients with somatoform disorders. Psychosom Med. 2013 Nov;75(9):800-6