



MEDICINSKO NEPOJASNJENA STANJA – POTI ZA MOŽNE REŠITVE (MODEL SKRBNJE OCENE)

Doc. dr. Vojislav Ivetić, dr. med., spec. druž. med.

SAVA MED, d.o.o., Sp. Duplek
Katedra za DM, MF Maribor

25. MODULARNA SKUPINA

I. DAN (in skoraj edini dan 😊) – 4.10.2019 (PETEK)

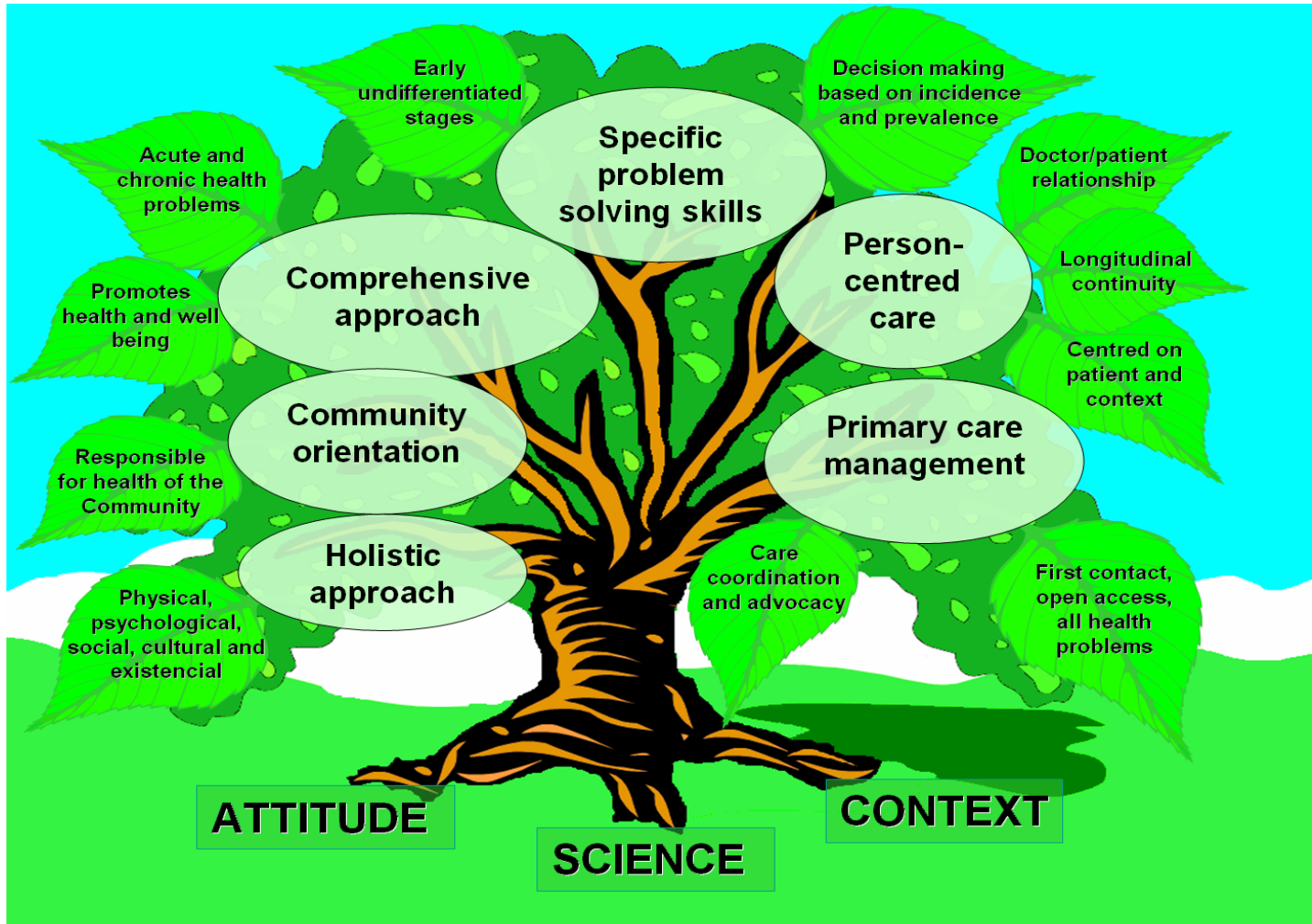
Katedra za družinsko medicino MF, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana.

Osnova in strategija družinske medicine

- *akademska in znanstvena veda s svojo lastno izobraževalno vsebino, z raziskavami, z dokazi podprto klinično dejavnostjo in s klinično specialnostjo, ki je usmerjena v primarno zdravstveno varstvo.*



Modrostno drevo



Termin “MNS” I/3

- bolniki, ki tožijo za telesnimi simptomi, za katere se po številnih preiskavah ne najde konkreten organski vzrok,
- pri katerih so številne diagnostično/laboratorijske preiskave in pregledi kliničnih specialistov negativni,
- pri katerih ne moremo priti do jasno definirane diagnoze
- sama izključitev telesnega vzroka ni dovolj za izboljšanje bolnikovih težav

Termin “MNS” 2/3

- tudi po ustrezni klinični obravnavi bolniki še čutijo težave, ali pa se z enakimi težavami vračajo po nekaj mesecih
- trenutno še ne obstaja jasna definicija termina MNS
- sam termin MNS je opisne narave in ne upošteva vzroka nastanka MNS
- MNS značilni za delo v družinski medicini

Prepoznavanje bolnikov z MNS:

- PHQ-15 (*ang. "Patient Health Questionnaire"*) vprašalnik, ki ugotavlja resnost nespecifičnih somatskih simptomov v zadnjih 4 tednih, Seštevek ≥ 15 točk
- Zdravniki odgovorijo pozitivno na 3 vprašanja:
 - Simptom je prisoten vsaj 3 mesece
 - Simptom bolniku povzroča klinično pomembne težave
 - Simptoma ne moremo razložiti z znano telesno boleznijo
- **OBA KRITERIJA IZPOLNJENA – MNS !**

Uvod 1/2

- ▣ V ZDA bolniki z MNS *:
 - naredijo 33-50 % več obiskov pri zdravnikih družinske medicine,
 - so odgovorni za zvišanje stroškov ambulate za 20-50 %
 - imajo za 33 % več hospitalizacij kot ostali bolniki v ambulantah družinske medicine
- ▣ takšni bolniki so pogosto razlog za frustracijo in nezadovoljstvo zdravnikov družinske medicine (**),

* Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J et al. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. Medical Care 2001; 39: 705-15.

**Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms – GPs' attitudes towards their cause and management. Family Practice 2001; 18: 519-23.

Uvod 2/2

- takšni bolniki so nezadovoljni z načinom obravnave zdravnikov družinske medicine in menijo, da zdravniki ne razumejo njihove težave in da nimajo ustreznega načina za rešitev njihovih težav (*).
- bolniki z MNS predstavljajo pomemben javnozdravstveni problem, zaradi visoke prevalence, in velikega izkoriščanja in obremenitve za zdravstveni sistem.

*Hodgson P, Smith P, Brown T et al. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. Annals of Family Medicine 2005; 3: 318-23.

Simptomi ki kažejo na MNS:

- ▣ Okoli 2,5 - 25 % bolnikov, ki obiskujejo zdravnika družinske medicine, toži za MNS (*)
- ▣ Najbolj pogosti simptomi, ki lahko indicirajo sum na MNS, so (**):
 - utrujenost, vrtoglavica, glavobol, dispneja, omedlevica, slabost, bruhanje, dispepsija, nespečnost, bolečina v prsih, občutek nepravilnega bitja srca, prebavne težave (zaprtost, driske), kronična bolečina v trebuhu, kronična bolečina v hrbtenici, kronična difuzna bolečina (rama, noge, roke, sklepi), dismenoreja, bolečine/težave pri spolnem odnosu

*Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). Br J Gen Pract. 2003; 53: 231-9.

** Righter EL, Sansone RA. Managing somatic preoccupation. American Family Physician. 1999 Jun;59(11):3113-20

Slovenska raziskava*

- Pogostost MNS (vzorec: 4921 obiskovalcev ambulant) je 8,57 %
- Najbolj pogosti simptomi pri bolnikih z MNS:
 - Utrujenost (75,6 %)
 - Glavobol (61,1 %)
 - Nespečnost (49,4 %)
 - Občutek nepravilnega bitja srca (36,4 %)
 - Vrtoglavica (34,5 %)
 - Kronična bolečina v hrbtenici (32,8 %)
 - Slabost (25,7%)

*Ivetić V. Medicinsko nepojasnjena stanja v ambulanti družinske medicine: doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2015.

Lastnosti bolnika z MNS

- Pogosti obiskovalci ambulant
- Številne težave (več težav, več simptomov)
- Težave trajajo dalj časa (kroniciteta problema)
- Težavni bolniki / težave v obravnavi – pristopu
- Komplicirane težave (vključitev družine, okolja, delovnega mesta,...)

*Howe A. Medically unexplained symptoms. In: EURACT 13th International Course, Kranjska Gora, Slovenia.

Težavni bolnik

- Kot težavnega bolnika redkokdaj opredelimo bolnika, ki je klinično problematičen
- Težavnega bolnika opredelimo glede na težave v odnosu med nami in njim, po navadi pogojene s problemom sporazumevanja.
- Takšni bolniki v nas vzbudijo negativna čustva že pri samem dejstvu, da so predmet ponovne obravnave (*).



*Švab I. Težavni bolnik in njegov zdravnik. In: Švab I, Rotar-Pavlič D: Družinska Medicina – Ljubljana ZZDM-SZD 2002; 6 | 9-23.

Pogosti obiskovalci ambulant I

- Pogosto obiskovanje zdravnika je ena od značilnosti družinske medicine, ki ga druge stroke skoraj ne poznajo (*).
- Klinični specialisti omejujejo obiske s čakalnimi vrstami in pošiljanjem bolnikov nazaj v osnovno zdravstveno dejavnost.
- Teorija sporazumevanja pravi, da se bo takšen bolnik ponovno vračal k svojemu zdravniku družinske medicine, dokler se ne bomo lotili njegovega pravega problema oz. dejanskega vzroka njegovih težav (*).

*Švab I. Zaletel-Kragelj L. Frequent attenders in general practice: a study from Slovenia. Scand J Prim Health Care 1993; 11:38-43.

Pogosti obiskovalci ambulant 2

- Pogosti obiskovalci 2 veliki skupini (*):
 - V prvi so pogosti obiskovalci zaradi medicinsko utemeljenih razlogov oz. bolniki, ki so kronično bolni in potrebujejo redno zdravniško spremljanje zaradi same narave bolezni (npr. kronično srčno popuščanje, sladkorna bolezen itd.)
 - Drugo skupino sestavljajo pogosti obiskovalci zaradi nam nepoznanih vzrokov oz. medicinsko nepojasnjenih simptomov (MNS)

Težave v obravnavi I/6

- Če bi bolnike z MNS, obravnavali le s stališča psihiatra, bi njihove težave poskusili ovrednotiti kot »somatoformno motnjo«, ki je kot diagnozo srečujemo v DSM-IV in v MKB-10
- le okoli 25 % bolnikov z MNS, izpolnjujejo kriterije za eno od diagnoz »somatoformnih motenj« po DSM-IV in MKB-10 (*).
- pojem MNS zajema širšo skupino bolnikov, kot bi bili le-ti z izpolnjenimi kriteriji za somatoformno motnjo

*Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS et al. Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms. Psychosom Med 2005; 67: 123-9.

Težave v obravnavi 1a/6

- Termin somatoformna motnja je v novi, že objavljeni klasifikaciji **DSM-V** zamenjan z novo kategorijo, **t.i. motnjo s somatskimi simptomi (ang. *somatic symptom disorder*)**, ki poudarja diagnozo, postavljeno na podlagi pozitivnih simptomov in znakov (telesne simptomatologije, združene z neprimernimi mislimi, čustvi in vedenjem, ki so odziv na simptome), ne ponudi pa medicinske razlage za somatske simptome.
- Ameriški psihiater Francis meni, da kriteriji za novo kategorijo zvišujejo tveganje za napačno označevanje širše populacije za duševno bolno.

Težave v obravnavi 2/6

- Vse več je raziskav, ki napovedujejo, da so nepojasneni telesni simptomi pogosto združeni z motnjami počutja in tesnobo oz. s psihiatričnimi boleznimi (*).
- Ta združenost se lahko pojavlja
 - »presečno« (ang. »cross-sectional«), ko se vsi simptomi pojavljajo hkrati, v istem času,
 - »vzdolžno« (ang. »longitudinal«), ko se simptomi pojavljajo postopoma, zelo hitro en za drugim.

* Creed F and Barsky AJ. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. Journal of Psychosomatic Research 2004; 56: 391-408.

Težave v obravnavi 3/6

- Takšne bolnike bi bilo možno poskusiti prepričati, da so njihove glavne težave psihološke narave, in jim ponuditi farmakološko zdravljenje tesnobe in depresije (*).
- Vendar pa, večina bolnikov z MNS ne sprejema dejstva, da bi bila osnova njihovih težav psihične narave (**).

*Harpole LH, Williams JW Jr, Olsen MK et al. Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry* 2005; 27: 4-12.

** Stone J, Wolkick W, Durrance D et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The »number needed to offend«. *BMJ* 2002; 325: 1449-50.

Težave v obravnavi 4/6

- problem bolnikov z MNS ni le problem v njih samih, ampak je pomemben tudi medsebojni vpliv sistema zdravstvenega varstva in bolnika.
- V raziskavi SZO (15 različnih držav), glede telesnih znakov zaradi psiholoških težavah, pojav telesnih znakov je bil značilno večji v državah, ki nimajo kontinuitete odnosa z zdravnikom družinske medicine (institut t.i. »izbranega zdravnika«, opredeljeni bolniki itd.) v primerjavi z državami, ki imajo osebnega zdravnika (*).

*Simon GE, VonKorff M, Picinelli M et al. An international study of the relationship between somatic symptoms and depression. N Engl J Med 1999; 341: 1329-35.

Težave v obravnavi 5/6

- Pogosto poskušamo uporabiti pristop t.i. »normalizacije« oz. prepričevanja bolnikov, da njihovi simptomi niso posledica telesne bolezni, da so simptomi benigni in samo omejeni in da ni potrebe, da se opravijo dodatne preiskave.
- Žal, po navadi, takšni ukrepi večinoma poslabšajo situacijo, in bolnikom le »dokažejo«, kako so njihove težave res pomembne in hude (*).

* Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. Br J Gen Pract 2004; 54 (500) 165-171.

Težave v obravnavi 6/6

- Zdravniki smo raje pozorni na bolnikove telesne simptome, kot pa na njihove psihološke ali socialne težave (*).
- Zdravniki smo tudi naklonjeni temu, da bolnikom predlagamo dodatne preiskave, napotitve na diagnostične preiskave in laboratorij ter napotitve h kliničnim specialistom. S tem, tudi sami stopnjujemo in skoraj proizvajamo dodatno somatizacijo in razvoj MNS (*).

* Ring A, Dowrick CF, Humphris MG, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? a qualitative study. BMJ. 2004; 328: 1057.

Družinska medicina in MNS

- Zgodnje odkrivanje in preprečevanje nejasnih stanj
 - več kot 3 različni simptomi, ki med seboj nimajo direktne povezave (npr. srbečica, bolečina v desnem ramenu in občasno pikanje v prsnem košu), obstaja utemeljen sum !
- Vpliv družine, okolja in družbe
 - Vedenjski vzorec reševanja nakopičenih težav (težave v socialnih stikih, težave v službi, problemi v vsakodnevnem življenju) postane družinski vzorec. Obstaja »kontinuiteta« zdravstvenih težav, ki jo zaradi poznavanje celotne družine
- Nejasna stanja in sočasne bolezni (!!!!)
 - lahko sočasno z medicinsko nepojasnenimi stanji tudi druge bolezni, ki imajo znani organski ali psihiatrični vzrok
 - VEČ O TEM v naslednjem predavanju ☺

Možne rešitve ? I/6

- Pomembno se je zavedati tudi tega, kaj takšni bolniki, pričakujejo od svojega zdravnika.
- Po navadi takšni bolniki nimajo velikih pričakovanj glede popolnega ozdravljenja (*).
- K nam prihajajo pogosto med drugim tudi zato, da bi od nas dobili potrditev, da so prizadeti zaradi svojih težav z željo, da jim ponudimo tudi čustveno podporo in da jim ponudimo razlago, ki jih bo vsaj delno pomirila (*).

* Dowrick C. Understanding unexplained physical symptoms in primary care. Primary Care Mental Health 2005;Vol 3(3): 215-19.

Možne rešitve ? 2/6

- Peters et al. (*) so ugotovili tri ključne točke za uspešno vodenje bolnikov z MNS:
 - **Zavezništvo.** Občutek, da sta zdravnik in bolnik na isti strani in da skupaj skušata rešiti bolnikovo težavo. Primer bolnikovega razmišljanja: »Ne krivim doktorja. Oba sva v tem skupaj. Noben od naju ne ve, za kaj tu gre ... »
 - **Razbremenitev.** Sposobnost, da se bolnik osvobodi prepričanja, da je sam kriv za svoje stanje.
 - **Prepričljiva razlaga.** Racionalna razlaga, ki dovoljuje negotovost glede telesne in psihosocialne narave težav.

* Peters S, Stanley I, Rose M et al. Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. Social Science and medicine 1998; 46: 559-65.

Možne rešitve ? 3/6

- Zdravnik se obširno pouči o bolnikovih težavah in jih skuša razumeti v pravem kontekstu.
- Zdravnik odkrije in razišče psihosocialne možne vzroke (depresija, stresni dogodki, osebne težave).
- Zdravnik skupno z bolnikom razpravlja o znakih, občutjih in ugotovitvah ob upoštevanju duševne motnje kot ene izmed možnih diferencialnih diagnoz.
- Skupaj z bolnikom načrtuje nadaljnje postopke diagnostike in zdravljenja.

Možne rešitve ? 4/6

- David D. Clarke (*) razlaga, kako psihosocialni stres lahko vplivajo na pojav telesnih simptomov, pri bolnikih je podrobno raziskano 5 področij:
 - Vsakdanji stres in težave v življenju (sprožilci MNS !)
 - Kronične težave v otroštvu (nagnjenost k MNS!)
 - Telesna manifestacija depresije (sprožilec MNS !)
 - Potravmatski stres (nagnjenost k MNS !)
 - Anksioznost (sprožilec MNS !)
- Več o tem, tudi v predavanju dr Pašića I. (IN EDINI) dan modula ! ☺



David D Clarke, MD
Clinical Assistant Professor
Oregon Health & Science University
Portland, OR – USA

* Clarke D. They Can't Find Anything Wrong! Sentient Publications 2007.

Možne rešitve ? 5/6

- **SKRBNA OCENA STANJA**
- **Model PPP** (ang. “predisposing, precipitating & perpetuating factors”) vključuje dejavnike:
 - ki povečujejo dovzetnost za MNS,
 - tiste, ki sprožijo pojav MNS, in
 - dejavnike, ki ohranjajo maladaptativno vedenje.
- **CILJ:** omejiti delovanje ohranjevalcev, preprečiti pojavljanje novih sprožilcev in zmanjševanje učinka dejavnikov, povezanih z nagnjenostjo za MNS

* [Walker EA](#), [Unützer J](#), [Katon WJ](#). Understanding and caring for the distressed patient with multiple medically unexplained symptoms. [J Am Board Fam Pract](#). 1998;11(5):347-56.

Možne rešitve ? 6/6

- Skrbna ocena stanja (**dejavno poslušanje** kot del skrbne ocene):
 - terapevtski učinek ->
 - možna sprememba bolnikovih **prepričanj** ->
 - boljše **razumevanje** lastnega stanja pri bolniku (npr. bolečine, bojazni).

SKRBNA OCENA (MODEL PPP)

A. DOVZETNOST, NAGNJENOST:

- kronične bolezni v otroštvu
- zlorabljanje in/ali zanemarjanje v otroštvu
- prikrajšanost v otroštvu (revščina)
- nizka/šibka socialna podpora

B. SPROŽILCI:

- psihiatrične motnje (npr.) depresija, tesnoba
- obremenitve (stres) na področju dela in zaposlitve, financ in/ali medosebnih odnosov
- spremembe pomembnih medosebnih odnosov (spremembe v socialni mreži/podpori)
- velike življenjske spremembe (npr. selitev)

C. OHRANJEVALCI:

- zmanjšana telesna aktivnost
- pridobivanje telesne teže
- socialni umik/izolacija
- upad samozavesti

ZAKLJUČEK 1/2

- Bolniki, ki tožijo za simptomi in stanji, za katere njihov zdravnik ne more najti ustrezne razlage, so v ambulantah družinske medicine zelo pogosti.
- Jasna definicija termina »medicinsko nepojasnjena stanja« še ne obstaja.
- Termin MNS opisuje težave, ki jih imamo vsi, bolniki zaradi simptomov, ki jih mučijo in mi zdravniki družinske medicine, ker imamo kroničen »problem«, h kateremu ne znamo pristopiti na pravi način.

ZAKLJUČEK 2/2

- Model PPP (ang. “predisposing, precipitating & perpetuating factors) – SKRBNA OCENA, vključuje dejavnike:
 - ki povečujejo dovzetnost za MNS,
 - tisti, ki sprožijo pojav MNS, in
 - dejavnike, ki ohranjajo maladaptativno vedenje !
- Koristnost KVT (kognitivno vedenjskih tehnik)
 - vplivamo na misli in prepričanja (referenčni okvir) -> sprememba v čustvenem doživljanju in vedenju
- Dokončnega in definitivnega “recepta” za obravnavno MNS zaenkrat ni,... mogoče pa smo na dobri poti da ga najdemo !



Če „preživite“ izpit,...

- ... boste postali Jedi Vitez (oz. ***Specialist družinske medicine...***) ki skrbi za mir in harmonijo zdravstvenega sistema v (mikro) vesolju naše (ali z malo sreče, katere od sosednih držav) male družbe... 😊



Hvala za pozornost !



3. Modularna skupina (2004-2006)

