

Dato: 20. februar 1990
Journalnr: 2-32-9-4-95

**Forskningsenheden for funktionelle lidelser
ved Århus Universitetshospital
Psykosomatik og liaisonpsykiatri**

Baggrund

Befolkningens forbrug af sundhedsydelse er yderst skævt fordelt. Som det fremgår i teksten her ved siden af, tegner en mindre del af befolkningen sig for en stor del af indlæggelserne, og der er f.eks. markant sammenhæng mellem psykiatriske lidelser og forbruget af sundhedsydelse.

Den væsentligste årsag til det store overforbrug af sundhedsydelse hos patienter med psykiske forstyrrelser er funktionelle lidelser eller somatiserende tilstande, dvs. lidelser, der overvejende giver sig udtryk i fysiske klager uden påviseligt organisk grundlag. Disse tilstande er hyppige, debuterer ofte i ung alder og kan have et kronisk, invaliderende forløb (11).

Man kan inddele de funktionelle lidelser/somatiserende tilstande i mindst tre-fire typer. Ved psykiske lidelser er fysiske symptomer hyppige, og det er ofte fysiske symptomer, patienten præsenterer over for lægen. Man taler i disse tilfælde om fakultativ somatisering, idet patienten vil acceptere den korrekte diagnose (f.eks. depression eller angstlidelse), når den stilles. Fakultativ somatisering indebærer en risiko for, at lægen fokuserer så meget på de fysiske symptomer, at den korrekte diagnose ikke stilles eller forsinkes unødvendigt.

En anden type er somatoforme tilstande, hvor patienterne er overbeviste om, at de har en genuin somatisk lidelse og ikke eller kun vanskeligt lader sig korrigere i denne opfattelse.

En tredje gruppe er patienter, der præsenterer fysiske symptomer uden organisk grundlag, men som ikke opfylder kriterierne for en egentlig somatoform disorder eller anden psykisk lidelse. Ved de mest almindelige fysiske symptomer finder man kun i 5-20 % af tilfældene et organisk grundlag selv ved nok så grundige undersøgelser (21). Vor viden om dette fænomen er utilstrækkelig men

I en dansk undersøgelse (8, 14) fandt man, at medens ca. 40% af befolkningen havde været indlagt mindst én gang over en årrække, tegnede knap 5% sig for ca. 40% af alle indlæggelser, og den højst forbrugende 1% af befolkningen tegnede sig alene for 1/5 af alle indlæggelserne (8). I en undersøgelse i primærsektoren blev det tilsvarende vist, at de 10% af patienterne, der havde det højeste forbrug af sundhedsydelse, tegnede sig for 29% af samtlige konsultationer hos primærlægen, 52% af alle henvisninger til specialist, 40% af alle indlæggelserne og 26% af alle medicinordinationerne (19). I en undersøgelse af smertepatienternes kontakter til vagtlæge i Århus blev det vist, at smertepatienterne udgjorde over 90% af storforbrugerne, dvs. patienter med mere end 50 henvendelser til vagtlægeordningen gennem de sidste 3 måneder (34).

Både blandt patienter, der henvender sig i almen praksis og på somatiske afdelinger, kan der påvises egentlig psykisk lidelse hos 20-30% af patienterne, og hos endnu flere kan der påvises lettere psykiske forstyrrelser (8, 22, 24, 13, 31).

Psykisk lidelse er markant sammenhængende med forbruget af ikke psykiatriske sundhedsydelse. Således fandt man i ovennævnte undersøgelse, at 2,5% af den del af befolkningen, der ikke havde været indlagt på somatisk afdeling, havde en psykisk lidelse mod over halvdelen af patienterne med 10 eller flere indlæggelser (8, 14). Patienter med psykiske lidelser forbrugte i gennemsnit dobbelt så mange indlæggelser på somatiske afdelinger som personer uden psykiske lidelser, og i alt forbrugte de 1/4 af befolkningens indlæggelser på somatiske afdelinger.

Disse og andre undersøgelser peger på, at psykiske og sociale forhold ofte er af større betydning for behandlingsresultatet af en somatisk lidelse end sværhedsgraden af lidelsen bedømt ud fra biomedicinske data (7, 14, 31). F.eks. er patienter med psykiske lidelser, alt andet lige, indlagt i længere tid end patienter uden psykiske forstyrrelser, og sværhedsgraden af funktionsindskrænkningen efter udskrivelsen (længden af sygemeldingen, invaliditetsgraden mv.) er større (6).

interessant ud fra såvel et grundvidenskabeligt som et praktisk klinisk synspunkt.

Endelig findes der en ikke ubetydelig gruppe af patienter, der modtager symptomfokuserede syndrom diagnoser såsom fibromyalgia, kronisk træthedssyndrom, pseudodemens, benigne kroniske smertetilstande, colon irritable, syndrome-X, whiph-lash mv. Hvorvidt der findes et organisk grundlag ved disse tilstande, eller det drejer sig om forskellige fremtrædelsesformer af somatiseringsfænomenet, er uafklaret.

For at undgå en frugtesløs diskussion om det er psykiske lidelser eller ej, foreslås det, at man anvender betegnelsen funktionelle lidelser som overordnet betegnelse, der dækker de nævnte lidelser, tilstande og diagnoser.

Såfremt tallene fra den undersøgelse, der refereres til her ved siden af, overføres direkte til Århus Amt, vil der findes ca. 108 kronisk somatiserende mænd og 576 kvinder i aldersklassen 18-50. Undersøgelsen inkluderede dog kun de mest ekstreme tilfælde, og et realistisk bud vil være, at 1% af befolkningen er kronisk somatiserende, dvs. ca. 6.000 personer i Århus Amt.

Det meget høje forbrug af sundhedsydelse, som patienter med funktionelle lidelser tegner sig for, skyldes, at de ofte gennemgår talrige, nyttesløse undersøgelser og kirurgiske indgreb i bestræbelserne på at udelukke et organisk grundlag for klagerne og i nyttesløse behandlingsforsøg (9,11). Mange af patienterne er kronisk invaliderede, hvilket tillige medfører store sociale omkostninger på grund af tabt arbejdsevne, udgifter til revalideringsforsøg og komplicerede førtidspensionsssager. Hertil kommer de menneskelige omkostninger for patienterne og deres familier.

Behandling og uddannelse

Patienterne med funktionelle lidelser har i dag ikke et specialiseret behandlingstilbud og må siges at befinde sig i ingenmandslandet mellem somatikken og psykiatrien. På verdensplan findes der kun få og små specialiserede klinikker, hvorfor erfaringerne med behandlingen er relativt sparsom. Antallet af randomiserede kontrollerede undersøgelser er begrænset, men behandlingsresultaterne i de foreliggende undersøgelser har alle været lovende (3, 23, 25, 27, 28, 32, 30).

Med visse modificeringer synes de behandlingsmetoder, der er velkendte ved psykiske lidelser, i øvrigt at være virksomme også over for funktionelle lidelser, dvs. biopsykosociale behandlingsmetoder, hvor både sociale, adfærdsmæssige, psykoterapeutiske samt biologiske metoder integreres i varierende omfang.

En forudsætning for, at en tilfredsstillende behandling kan iværksættes, er, at lidelsen

I størrelsesordenen 1/4 af patienterne indlagt på somatiske afdelinger, såvel som af patienterne i primærsektoren og formodentlig endnu flere blandt ambulante patienter, lider af funktionelle eller somatoforme lidelser (10, 12, 20). Somatiseringsproblemet er med variationer markant inden for alle specialer. (5,9,11).

Hyppigheden af somatoforme lidelser er meget højere, blandt patienter med et højt forbrug af sundhedsydelse (19, 11). I en dansk undersøgelse af den ca. 1% af befolkningen, der havde det højeste forbrug af indlæggelser på somatiske afdelinger, fandt man, at 20% var kronisk somatiserende, dvs. deres mange indlæggelser kunne ikke forklares ved somatiske lidelser. Yderligere 11% af patienterne havde enkelte medicinsk uforklarlige indlæggelser (11).

diagnosticeres, og jo tidligere diagnosen stilles, des større muligheder er der for, at patienten spares for unødvendige undersøgelser og virkningsløse behandlingsforsøg. Sundhedsvæsenet vil herved også kunne frigøre behandlingskapacitet på hospitaler og hos speciallæger til andre patienter.

En tidlig diagnose vil formodentlig kunne forebygge, at nogle af patienterne bliver kronisk syge, og det er vist, at ved de sværeste tilfælde kan forbrug af sundhedsydelse reduceres med over 50% alene ved, at diagnosen stilles og ved, at de praktiserende læger lærer nogle relativt simple behandlingstiltag, uden at patientens tilfredshed med behandlingen forringes (27, 28).

På baggrund af den høje hyppighed af funktionelle lidelser er det urealistisk, at alle patienter skal behandles af specialister, og dette er ydermere ikke hensigtsmæssigt ud fra en faglig betragtning. Det vil således være vigtigt, at læger lærer at diagnosticere og behandle lettere tilfælde og kunne vurdere, hvornår en henvisning til specialist er påkrævet. Ud over en mere formaliseret undervisning kan dette foregå igennem konsulentordninger og en kontinuerlig supervision og rådgivning. Dette indebærer, at behandlerne ved afdelingen aktivt skal deltage i det kliniske miljø ved somatiske afdelinger og hos praktiserende læger. Der foreligger fra udlandet uddannelsesprogrammer med målbeskrivelser for uddannelse af praktiserende læger (15, 18) og andre somatiske læger (17, 29).

De basale metoder bør allerede introduceres under medicinstudiet, således at den biopsykosociale tilgang bliver et naturligt element i lægegeringen (17).

Selv om vor viden om de biologiske forhold ved de funktionelle lidelser er begrænset, tyder det på, at det vil være muligt at finde biologiske markører, som kan anvendes diagnostisk og på længere sigt måske terapeutisk. Der tænkes her på neurofysiologiske undersøgelser, billeddannende teknikker og neuropsykologiske funktionstest mv. Der foreligger kun få undersøgelser af behandlingseffekten af diverse psykoaktive medikamenter.

Funktionelle lidelser har vidtrækkende sociale konsekvenser på grund af patienternes nedsatte funktionsniveau både arbejdsmæssigt, i forhold til familien og det omgivende samfund i øvrigt. Vor viden om, hvornår og under hvilke forudsætninger der bør tilkendes førtidspension til patienterne, er utilstrækkelig. Forsøg med revalideringstiltag, der er specielt designet til denne patientgruppe, foreligger ikke.

Ved den direkte patientbehandling har der med god effekt været benyttet adfærdsmæssige, kognitive og psykodynamiske teknikker (27, 32). Behandlingsmetoderne er fortsat under udvikling og afprøvelse. Sygdomsadfærden hos patienter med funktionelle lidelser, herunder patient-læge interaktionen, er kun sparsomt undersøgt, og mere viden på dette område vil kunne udnyttes i behandlingen. De erfaringer, der indhøstes ved behandlingen og studiet af funktionelle lidelser, vil formodentlig også kunne benyttes ved andre lidelser.

Det kan konkluderes, at en forskningsmæssig og klinisk indsats bl.a., er påkrævet fordi:

- 1) Funktionelle - herunder somatoforme - lidelser er hyppige og udgør en væsentlig økonomisk belastning for sundhedsvæsenet og samfundet i øvrigt.
- 2) Lidelserne diagnosticeres ofte ikke, og patienterne udsættes derfor for en u hensigtsmæssig behandling.
- 3) En forskningsindsats vil kunne øge vor viden om disse tilstande, herunder deres diagnostik og behandlingsmetoder.
- 4) En enhed vil gennem et samarbejde med relevante samarbejdspartnere kunne implementere

kendte og nyudviklede behandlingsmetoder og diagnostiske metoder i klinikken, bl.a. ved at uddanne læger og andet sundhedspersonale.

- 5) En sufficient behandlingsindsats vil kunne reducere patientgruppens forbrug af indlæggelser og sengedage og hermed frigøre behandlingsressourcer til andre patienter ved hospitaler og speciallæger.
- 6) Forskningsmiljøet ved Århus Universitetshospital giver mulighed for, at enheden vil kunne bidrage væsentligt til forskning på området, også set i et internationalt perspektiv.

Forskningsenhedens målsætning og funktioner

Forskningsenheden vil være en del af såvel det psykiatriske som det somatiske forskningsmiljø og de kliniske tilbud i Århus Amt.

Enheden vil tage udgangspunkt i et helhedssyn på de funktionelle lidelser, idet de skal ses såvel under en psykiatrisk/psykologisk, en somatisk som en social synsvinkel, eller udtrykt på en anden måde betjener enheden sig af både biomedicinske, medicinsk sociologiske og medicinsk psykologiske tilgangsvinkler.

Enheden er først og fremmest en forskningsenhed, hvis hovedvirke vil falde inden for forskning, udvikling og uddannelse. Enheden skal udvikle sig til at være et videnscenter med en mindre underordnet klinisk funktion.

Afdelingens målgruppe vil være patienter med funktionelle lidelser i Århus Amt. Enhedens virke retter sig både mod primær- og sygehussektoren og vil også kunne modtage patienter fra andre amter. Enheden retter sig også mod den sociale sektor. Det overordnede mål vil være at forbedre denne patientgruppes behandling og herigennem reducere dens forbrug af unødvendige indlæggelser, undersøgelser, medicin mv.

Alle aspekter af funktionelle lidelser vil være emnet for behandlings-, undervisnings- og forskningsindsatsen, men der vil blive lagt speciel vægt på randomiserede kontrollerede interventionsstudier. Som forskningsemner kan nævnes behandlingsmetoder, herunder udvikling af referenceprogrammer og uddannelsesprogrammer, sygdomsadfærd, coping, læge-patient forhold, patientuddannelse, compliance, organisation af sundhedsvæsenet og sundhedsøkonomi.

Enheden vil benytte sig af epidemiologiske, clinemetriske-psykometriske (måling af kliniske fænomener f.eks. spørgeskemaundersøgelser), biologiske-fysiologiske og andre forskningsmetoder.

Ud over dele af undervisnings- og formidlingsindsatsen vil alt arbejde i enheden være forskningsbaseret, og målet er at opbygge et tværfagligt forskningsmiljø i og omkring enheden, der kan markere sig internationalt og indgå i det internationale forskningsmiljø. Internationale samarbejdsrelationer vil have høj prioritet.

Enheden skal tage initiativer til og stille sig til rådighed for samarbejdsprojekter med andre forsk-

ningsinstitutter, kliniske afdelinger, socialektoren, praktiserende læger mv., f.eks. i form af udviklingen og indførelsen af udrednings- og behandlingsprogrammer for specifikke problemstillinger og patienttyper, herunder at måle effekten af disse.

De kliniske behandlingstilbud vil af hensyn til den begrænsede kapacitet alene rette sig mod patienter, der indgår i forskningsprojekter, eller hvor der er et uddannelses- eller undervisningsigte, og vil være i form af en ambulant funktion.

Uddannelse og undervisningsindsatsen kunne rette sig mod følgende grupper:

- 1) ikke psykiatriske læger, andet ikke-psykiatrisk plejepersonale og medicinsteruderende
- 2) psykiatere i speciallægeuddannelse, efteruddannelse af psykiatriske speciallæger, psykologer.

Den nødvendige viden om funktionelle lidelser vil i særlig grad kunne erhverves ved en specialiseret enhed som den her foreslåede. Et vist kundskabsniveau er nødvendigt hos alle psykiatere, for at de kan varetage denne funktion, når de er færdiguddannet og ansat på mindre specialiserede afdelinger eller skal arbejde som praktiserende speciallæger. Psykologer og andre faggrupper har lignende behov. Med passende modifikationer kan der drages nytte af de uddannelsesprogrammer og målbeskrivelser, der er udviklet i udlandet for uddannelse af almenpsykiatere og for psykiatere under specialisering i liaisonpsykiatri (1, 16).

Undervisningsindsatsen kunne som nævnt i videst muligt omfang blive integreret i interventionstudier, således at man kan måle effekten af forskellige typer af indsats.

Det vil endvidere være et langsigtet mål for afdelingen at integrere eller koordinere og udvikle bestående behandlingstilbud over for patienter med psykosociale problemer i behandling ved de somatiske afdelinger på Århus Universitetshospital og i almen praksis, dvs. at indgå i en fortsat opbygning af den liaisonpsykiatriske kliniske service (4, 35).

Placering, personale og økonomi

Den kliniske funktion bør være tilknyttet Århus Universitetshospital og være beliggende ved et af de somatiske hospitaler og i tæt tilknytning til et kommende samlet miljø for folkesundhedsvidenskab i Århus.

Forskningsdelen bør have en formaliseret universitetstilknytning for at kunne indgå i forskningsmiljøet på lige fod med andre forskningsmiljøer.

Der bør tilstræbes en begrænset studenterundervisning f.eks. som en del af undervisningen i kommunikation, almen medicin og psykiatri.

Personalebemanding

Der påregnes ansættelse af fem forskere/kliniske medarbejdere, herunder læger men også efter formålet psykolog, antropolog, sociolog, sygeplejerske.

Ved specifikke forskningsprojekter kan basisstaben udvides med eksternt finansieret personale.

Klinisk funktion

Afdelingen skal råde over et ambulatorium, hvor patienter kan undersøges og behandles. Det vil være hensigtsmæssigt, hvis forskningsdelen og den kliniske del placeres geografisk det samme sted, men som et godt alternativ kunne man placere ambulatoriet ved et bestående somatisk ambulatorium, f.eks. det neurologiske ambulatorium.

Ved nogle behandlingsrutiner vil det være hensigtsmæssigt at kunne udnytte bestående tilbud, som i et samarbejde kan tilpasses denne specielle patienttype. Der kunne f.eks. peges på fysioterapeutisk behandling og genoptræning eller aktivering ved socialmedicinsk klinik eller revalideringsklinikken samt socialrådgiverfunktionen.

Der skal være lokalemæssige muligheder for, at staben kan udvides med eksternt finansieret personale.

Økonomi

Der tages i budgetlægningen hensyn til et specielt uddannelsesbehov af stampersonale, idet denne viden i de første år i et betydeligt omfang må erhverves fra/i udlandet. Der tages i budgetlægningen hensyn til, at det danske forskningsmiljø på området er yderst begrænset, hvorfor der må være muligheder for internationalt samarbejde. Herunder skal der være mulighed for ansættelse af gæsteforskere/-professorer.

Alt i alt kan enheden have et årligt grund-driftsbudget på 3,5 mio. kr., når den er fuldt udbygget. Hertil kommer, at enheden forventes at kunne tiltrække eksterne midler fra forskningsfonde m.m.

Enheden kan opbygges gradvist med en finansiering, der ligeledes indskydes gradvist. Opbygnings-takten kunne være 200.000 kr./år i 1998, 1,5-2 mio. kr./år i 1999 og 3,5 mio. kr./år i år 2000 og årene fremefter. Enheden skal finansieres af Århus Universitetshospitals forskningsinitiativ.

De driftsunderstøttende opgaver såsom bogholderi, lønadministration, bygningsdrift, rengøring, edb-netværk m.m. kan varetages af et sygehus alt efter enhedens fysiske placering.

Der skal også afsættes anlægs- og etableringsmidler. Omfanget af disse kan ikke gøres op endnu.

Styring

Afdelingen ledes af overlægen, som refererer til Århus Universitetshospitals ledelse med hensyn til strategi og rammer for virksomheden.

En faglig bestyrelse udpeges af Århus Universitetshospitals ledelse og kan sammensættes således:

Fire repræsentanter for Århus Universitetshospital (amtets forvaltning, psykiatri, somatik og Det sundhedsvidenskabelige Fakultet)

Én repræsentant for Psykologisk Institut, Aarhus Universitet

Én repræsentant for Socialantropologisk Afdeling, Aarhus Universitet

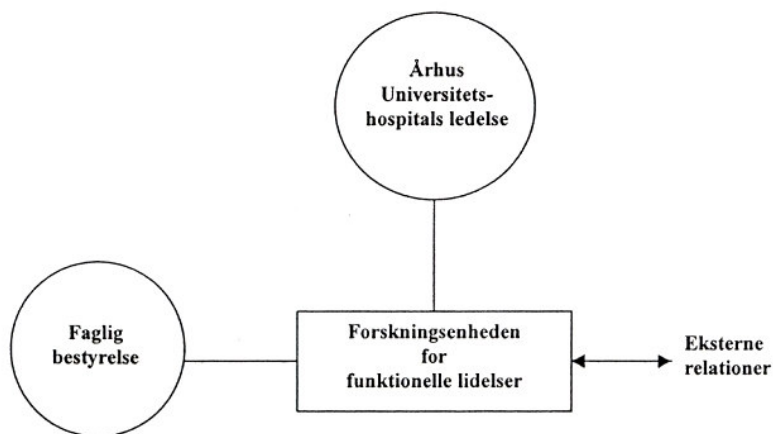
Én repræsentant for Det sundhedsvidenskabelige Forskningsråd

Én repræsentant for Institut for almen medicin/Forskningsenheden for almen medicin

Én repræsentant for Århus Kommunes/Århus Amts socialmedicinske enheder

Overlægen ved afdelingen

Den faglige bestyrelse vedtager en årlig forsknings- og økonomiplan.

**Evaluering**

Forskningsenheden evalueres efter fem år, ca. år 2003.

Tids- og handlingsplan for beslutning om forskningsenhed for funktionelle lidelser ved Århus Universitetshospital

1. Forberedelsesgruppen behandler forslaget skriftligt inden 1. januar 1997
2. Århus Universitetshospitals ledelse behandler forslaget den 15. december 1997
3. Direktionen behandler forslaget først i januar 1998
4. Forslaget drøftes ved et halvdagsmøde i marts 1998 med åben deltagelse
5. Forslaget behandles i Århus Amtsråd og fakultetsrådet
6. Idriftsættelsen planlægges
7. Enheden åbner i slutningen af 1998

Kilder

1. Benjamin, S., House, A., Jenkins, P., et al (1994): *Liaison Psychiatry. Defining Needs and Planning Services*. Gaskell,
3. Diverse (1995): *A report of the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists. The psychological care of medical patients. A guide for purchasers*. Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists, London.
4. Diverse (1995): *The psychological care of medical patients. Recognition of need and service provision*. Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists, London.
5. Ewald, H., Rogne, T., Ewald, K., and Fink, P. (1994): Somatization in patients newly admitted to a neurological department. *Acta Psychiatr.Scand.* 89:174-179.
6. Feldman, E., Mayou, R., Hawton, K., Arden, M., and Smith, E.B. (1987): Psychiatric disorder in medical in-patients. *Q.J.Med.* 63:405-412.
7. Fink, P. (1990): Mental illness and admission to general hospitals: a register investigation. *Acta Psychiatr.Scand.* 82:458-462.
8. Fink, P. (1992): Psykiatrisk og somatisk comorbiditet. Befolkningens forbrug af hospitals indlæggelser. PhD afhandling det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Århus Universitet, Afdeling for Psykiatriske Demografi.
10. Fink, P. (1994): Konsultations-liaison psykiatri -psykosomatikkens kliniske pendant. *Ugeskr.laeger*, 156:6006-6010.
11. Fink, P. (1997): Kronisk somatisering. 1-137. Doktor afhandling det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Århus Universitet, Afdeling for Psykiatriske Demografi.
12. Fink, P., Ewald, H., Jensen, J., Sørensen, L., Engberg, M., Holm, M., and Munk-Jørgensen, P. (1997): Screening for somatization and hypochondriasis in primary care and neurological inpatients. A 7-item scale for hypochondriasis and somatization. *Psychological med.* (submittet)
13. Fink, P., Jensen, J., Borgquist, L., Brevik, J.I., Dalgard, O.S., Sandager, I., Engberg, M., Hansson, L., Holm, M., Nordstrøm, G., Stefansson, C.G., Sørensen, L., and Munk-Jørgensen, P. (1995): Psychiatric morbidity in primary public health care. A Nordic multicenter investigation. Part I: Metod and prevalence of psychiatric morbidity. *Acta Psychiatr. Scand.* 92:409-418.
14. Fink, P., Jensen, J., and Poulsen, C.S. (1993): A study of hospital admissions over time, using longitudinal latent structure analysis. *Scand.J.Soc.Med.* 3:211-219.
15. Gask, L. and McGrath, K.G. (1989): Psychotherapy and General Practice. *Brit.J.Psychiat.* 154:445-453.
16. Gitlin, F.D., Schindler, B.A., Stern, T.A., Epstein, S.A., Lamdan, R.M., McCarty, T.A., Nickell, P.V., Santulli, R.B., Shuster, J.L., Stiebel, V.G., and Worley, L.L.M. (1996): Recommended Guidelines for Consultation-Liaison Psychiatric Training in Psychiatry Residency Programs: A Report From the Academy of Psychosomatic Medicine Task Force on Psychiatric Resident Training in Consultation-Liaison Psychiatry. *Psychosomatics*, 37:3-11.
17. Gorlin, R. and Zucker, H.D. (1983): Physicians' reactions to patients. A Key to Teaching Humanistic Medicine. *N.Engl.J.Med.* 308:1059-1063.
18. Kaaya, S., Goldberg, D., and Gask, L. (1992): Management of somatic presentations of psychiatric illness in general medical settings: evaluation of a new training course for general practitioners. *Med.Educ.* 26:138-144.
19. Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Lipscomb, P., Russo, J., Wagner, E., and Polk, E. (1990): Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen.Hosp.Psychiatry*, 12:355-362.

20. Kirmayer, L.J. and Robbins, J.M. (1991): Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J.Nerv.Ment.Dis.* 179:647-655.
21. Kroenke, K. and Mangelsdorff, A.D. (1989): Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am.J.Med.* 86:262-266.
22. Mayou, R. and Hawton, K. (1986): Psychiatric disorder in the general hospital. *Brit.J.Psychiat.* 149:172-190.
23. Mumford, E., Schlesinger, H.J., Glass, G.V., Patrick, C., and Cuedon, T. (1984): A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *Am.J.Psychiatry*, 141:1145-1158.
24. Munk-Jørgensen, P., Fink, P., Brevik, J.I., Dalgard, O.S., Engberg, M., Hansson, L., Holm, M., Joukamaa, M., Karlsson, H., Lehtinen, V., Nettelblad, P., Stefansson, C., Sørensen, L., Jensen, J., Borgquist, L., Sandager, I., and Nordstrøm, G. (1995): Psychiatric morbidity in primary public health care. A multicentre investigation. Part II: Hidden morbidity and choice of treatment. *Acta Psychiatr.Scand.* 1996
25. Murphy, M. (1989): Somatisation: embodying the problem. *B.M.J.* May 20;298(6684):1331-1332.
27. Smith, G.R., Jr., Monson, R.A., and Ray, D.C. (1986): Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *N.Engl.J.Med.* 314:1407-1413.
28. Smith, G.R., Jr., Rost, K., and Kashner, T.M. (1995): A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch.Gen.Psychiatry*, 52:238-243.
29. Stern, T.A., Prager, L.M., and Cremens, M.C. (1993): Autognosis Rounds for Medical House Staff. *Psychosomatics*, 34:1-7.
30. Strain, J.J., Hammer, J.S., and Fulop, G. (1995): APM Task Force on Psychosocial Interventions in the General Hospital Setting: A Review of Cost-Offset Studies. *Psychosomatics*, 3:253-262.
31. Üstün, T.B. and Sartorius, N. (1995): *Mental illness in General Health Care, An International Study*. WHO. John Wiley & Sons. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore.
32. Speckens, A.E., van Hemert, A.M., Spinhoven, P., Hawton, K.E., Bolk, J.H., and Rooijmans, H.G. (1995): Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *BMJ* 311:1328-1332.
34. Christensen, M.B. and Olesen, F. (1997) Smertepatienternes kontakt til vagtlægeordningen - en undersøgelse udført i Århus Amt. Fællestrykkeriet for Sundhedsvidenskab, Århus Universitet:Forskningsenheden for Almen Medicin. :1-98.
35. Fink, P. & Reisby, N. (1997) Afdeling for Psykosomatik og Liaison psykiatri i Århus. Diskussionsoplæg til møde den 21/8-97:1-18.