

**Fra:** Vivian Hvenegaard [hvenegaardsforlag@mail.tele.dk]

**Sendt:** 28. januar 2003 19:31

**Til:** 'je@psykiatrifonden.dk'

**Emne:** TERN Modellen

Kære Jens Elbirk

Jeg kom med en kommentar til det spørgsmål der blev stillet om TERM Modellen på jeres hjemmeside, et spørgsmål ekspertpanelet åbenbart ikke kendte til, til trods for at der ligger oplysninger om Term Modellen på nettet. Da min kommentar ikke er at finde på siden vil jeg for at sikre mig den er modtaget sende denne mail.

TERM Modellen stammer fra et forskningsprojekt "Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser" ved Århus Universitetshospital. [http://www.auh.dk/cl\\_psych/dk/TERM-uptodate-dk.pdf](http://www.auh.dk/cl_psych/dk/TERM-uptodate-dk.pdf)

Det er af stor betydning, at der bliver gjort opmærksom på de alvorlige menneskelige omkostninger der er forbundet med indførelsen af TERM Modellen hos de almenpraktiserende læger, idet den strider mod menneskerettighederne og lægeløftet.

Jeg er bevist om at Psykiatrifonden ikke står nævnt i TERM Modellen som sponsor, men finder det samtidig vigtigt, at I er orienterede om TERM Modellens indhold, samt den alvorlige fejl at bl.a. Kronisk Træthedssyndrom ME/CFS (WHO G93.3) og Fibromyalgi er inddraget i rapporten med navns nævnelser. Da de to sygdomme er internationalt anerkendte som organiske sygdomme i hjernen, og da det, for at få stillet diagnosen ME/CFS, skal udelukkes at patienten lider af psykiske sygdomme, er det en alvorlig fejl, at de i TERM Modellen er kategoriseret som psykiske sygdomme.

Der har i sidste uge været møde ved menneskerettighedscommissionen angående den uretfærdige tildeling/mangel på samme der sker af pension til patienter med ME/CFS og Fibromyalgi (mfl.) idet patienterne beskyldes for simulering eller for at være psykisk syge.

På dette møde deltog der fra patientsiden et ekspertpanel med stort kendskab til ME/CFS, Fibromyalgi og andre lignende sygdomme. Panelet bestod bl.a. af Professor Viggo Faber, Overlæge dr.med. Henrik Permin, Overlæge Niels Henrik Valerius, Børneafdelingen Hvidovre Hospital, Advokat Sv. Aa. Helsinghoff, Advokat Keld Parsberg Jurist Torsten Skjerne Dinesen, psykiater, patientforeninger og patienter og der bliver nu nedsat et udvalg der skal se nærmere på sagens alvorlige karakter.

Jeg vil derfor endnu engang indsætte den lange kommentar jeg sendte til Dem, samt citater, og bede Dem om at se på den med patienternes øjne. Linket øverst på denne side er til selve TERM Modellen.

Med venlig hilsen

Vivian Hvenegaard  
Johs. Høirupsvej 38 st. tv.  
5800 Nyborg  
Tlf. 65 30 35 70  
hvenegaardsforlag@mail.tele.dk

## **"TERM Modellen"**

### **Undervisning i at "styre og udstøde" en patientgruppe?**

TERM modellen er et undervisningsforløb der giver skind af at være et værktøj til hjælp for praktiserende læger der i konsultationen modtager patienter med **"uhensigtsmæssig sygdomsadfærd"**, men i virkeligheden er det meningen, at det skal det formindske sundhedsudgifterne ved at negligere denne gruppe patienter. *(Nogle patienter med funktionelle lidelser er svært invaliderede og lidende af deres sygdom, hvilket*

**medfører store omkostninger for samfundet ikke blot i form af øgede sundhedsudgifter, men også i form af tabt arbejdsår, førtidspension og andre sociale udgifter.)**

Gruppen af patienter er bred og definitionen er ”**tilstande, hvor en person klager over fysiske symptomer, der volder individet besvær, bekymring, eller får personen til at gå til behandler; men hvor der ikke kan findes et adækvat organisk eller patofysiologisk grundlag for symptomerne**” hvilket iflg. TERM modellen betyder at 25 % af alle henvendelser i lægekonsultationen skal behandles efter TERM modellen, og der er en særskilt undervisningsdel for særligt vanskelige patienter, **de kronisk somatiserende som kan føles som en belastning.** (for de praktiserende læger.)

Det foruroliger og giver et billede af ”forfølgelse” at **Kronisk Træthedssyndrom og Fibromyalgi**, og netop kun disse to syndromer, er nævnt med navns nævnelse som **kronisk somatiserende** i TERM modellen. Det er mistænkeligt at psykiatrien har ”stjålet” disse patienter og det kunne meget vel være et udtryk for ensidig og dårligt informerede læger, da Kronisk Træthedssyndrom (ME/CFS, ICD-10 G93.3, CDC kriterierne 1988) er registreret og godkendt af Sundhedsstyrelsen og WHO som en organisk hjernesygdom. Folketingets Sundhedsudvalg har den 21. marts 2001 bekræftet, at de anser Kronisk Træthedssyndrom efter Sundhedsstyrelsens regler og at Kronisk Træthedssyndrom ikke hører under psykiatrien.

Påstanden om at der mangler beviser på at Kronisk Træthedssyndrom (ME/CFS) er en ægte organiske sygdomme, må bero på forfatternes manglende indsigt i evidensmaterialet, der på nuværende tidspunkt er meget omfangsrigt.

Grundideen med at medinddrage Kronisk Træthedssyndrom i TERM modellen stammer fra forskningsresultater lavet af bl.a. Simon Wessely på Oxford Universitet. Han giver sig ud for at være specialist i ME/CFS, men er samtidig kommet med påstande om at ME/CFS ikke er en ægte sygdom og kun eksisterer fordi velmenende læger ønsker at hjælpe patienterne. Patienterne i virkeligheden blot er somatiserende. Oxford kriterier for CFS der stammer fra 1991 er ikke godkendt af WHO eller den danske Sundhedsstyrelse. De gunstige undersøgelsesresultater fra Oxford modellen udspringer af, at det eneste virkelige kriterium er ”træthed i mere end 6 mdr.”. Det har senere vist sig at kun 10 % af de patienter der medvirkede i undersøgelsen kunne diagnosticeres som ME/CFS (Kronisk Træthedssyndrom) patienter efter CDC kriterierne fra 1988. De patienter der deltog i forsøget var heller ikke udredte ved psykiater inden forløbet start, som CDC kriterierne fra 1988 kræver, og kunne derfor meget vel lide af depressioner og lign. der ganske rigtigt kan afhjælpes med CBT (Cognitive Behavioural Therapy) og GET (Graded Exercise Therapy), der blev brugt som behandling i forsøget. Behandling med GET og CBT hjælper ikke ME/CFS (Kronisk Træthedssyndrom) patienter, og kan i værste fald give alvorlige tilbagefald og forværring af sygdommen.

Lad os se lidt på indholdet af TERM modellen.

**Tilbyd sammen med patienten at undersøge hvad han eller hun selv kan gøre for at få det bedre, uanset hvad årsagen til besværet er.** Et besøg hos lægen vil derfor betyde, at patienten ikke skal hjælpes, men stoisk afvises med en opfordring til selv at finde en måde at blive hjulpet på.

**Generelt må fysiske symptomer uden organisk grundlag ses som en måde mennesket har at udtrykke belastning på,** men forskning har vist, at det oftere er et udtryk for lægens manglende viden, tag blot sclerose der i tiden mellem de to verdenskrige blev kaldt ”den dovne mands syge”.

Man skulle mene, at det var bedre om de mange millioner sådan et værdiløst projekt kostet blev brugt til reel målrettet forskning af kompetente medicinske læger til gavn for patienterne. Tabt arbejdsfortjeneste til alle lægerne i kursustiden er en kostelig affære, dertil kommer alle de mange penge P. Fink og hans kolleger tjener på denne kursusvirksomhed.

**Det er jo ikke, hvordan tingene i virkeligheden hænger sammen, der er interessant, men hvordan patienten opfatter det, idet det er nødvendigt at kende patientens tankegang for på et senere tidspunkt i samtalen at kunne ændre denne.** Er det ikke længere interessant at vide hvad patienten i virkeligheden fejler...!?

Lægerne opfordres til at Forstå forværring og nye symptomer som en emotionel kommunikation (altså følelsesmæssige) samt man bør i kroniske tilfælde undgå udredning og undersøgelser ... Det virker uhyggeligt og resulterer i at patienter med Kronisk Træthedssyndrom og Fibromyalgi ikke vil blive sendt til yderligere undersøgelser hos specialister. Det kan få fatale følger, da patienterne ikke er immune overfor andre sygdomme.

Hvis patienten er i beskæftigelse, undlades sygemeldinger, hvis det overhovedet kan undgås. Er der tale om ægte Kronisk Træthedssyndrom (ME/CFS G93.3) er det direkte skadeligt at undlade at sygemelde patienten da overbelastning forværre tilstanden.

Hele stykket *Administrativt* der især er møntet på de *kronisk somatiserende* (Kronisk Træthedssyndrom (ME/CFS) og Fibromyalgi) handler om at lægerne skal begrænse patientens kontakter til andre behandlere, vagtlæger og alternative terapeuter så meget som muligt. Aftale faste tider og undgå konsultation efter patientkrav. De skal forsøge at blive patientens eneste læge og informere kolleger om behandlingsplan og lave aftaler med kolleger, hvis de holder fri. Det virker helt grotesk og direkte diskriminerende. Det vil hindre patienterne i at få hjælp, hvis det ikke lige passer lægen. Det vil i praksis betyde at denne gruppe af patienter vil blive sat under "administration" og gjort retsløse med hensyn til at søge læge og få behandling på lige fod med andre borgere. Dernæst skal der "rygtespredes" således at patientgrupperne kan få samme nedværdigende og afvisende behandling hos lægekollegerne i området. Konsekvensen vil blive at de ved sygdom afvises som hypokondere af lægekollegerne og vagtlægerne, brændemærkede som udstødte, uværdige mennesker, der, hvis de endelig opnår kontakt, ikke skal regne med andet end at blive "talt til rette" og sendt hjem igen.

Jeg vil slutte med lægeløftet, der ved nærmere gennemlæsning får TERM modellen til at ligne en gyser.

#### **Det danske lægeløfte:**

Efter at have aflagt offentlig prøve på mine i de medicinsk-kirurgiske fag erhvervede kundskaber, aflægger jeg herved det løfte, til hvis opfyldelse jeg end ydermere ved håndsrækning har forpligtet mig, at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn, at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse, at jeg ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab af læge har erfaret, at jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede og i øvrigt gøre mig bekendt med og nøje efterleve de mig og mit fag vedkommende anmodninger og bestemmelser.

For at lette jeres arbejde med at finde de nævnte citater i TERM Modellen indsætter jeg en oversigt

## **Kritik af TERM Modellen**

### **Introduktion:**

Side 5

*Generelt må fysiske symptomer uden organisk grundlag ses som en måde mennesket har at udtrykke belastning på.*

Forskning har vist, at det oftere er et udtryk for lægens manglende viden.....

*...er udarbejdet til at formindske forbruget af sundhedsydelserne .*

Modellen er et undervisningsforløb der giver skind af at være et værktøj til hjælp for praktiserende læger og patienter med "*uhensigtsmæssig sygdomsadfærd*", men i virkeligheden skal det

formindske sundhedsudgifterne. Altså ser man helt bort fra patienternes tarv og bruger som eneste "behandling" i TERM modellen "afvisning af patienten".

(Var det ikke bedre om de mange millioner sådan et projekt koster blev brugt til reel målrettet forskning. Tabt arbejdsfortjeneste til alle lægerne i kursustiden er en kostelig affære, dertil kommer alle de mange penge Hr. Fink og hans kolleger tjener på denne såkaldte "forskning" (i at spare på sundhedsudgifterne.)

## Målsætning

Side 7 stk 3:

*Nogle patienter med funktionelle lidelser er svært invaliderede og lidende af deres sygdom, hvilket medfører store omkostninger for samfundet ikke blot i form af øgede sundhedsudgifter, men også i form af tabt arbejdsår, førtidspension og andre sociale udgifter. Det kan således få alvorlige konsekvenser for patienterne (red.: læs samfundet), såfremt tilstandene ikke diagnosticeres og behandles.*

Da ME/CFS er registreret og godkendt af sundhedsstyrelsen og WHO som en organisk hjernesygdom, er det mistænkeligt at psykiatrien har "stjålet" disse patienter. ITERM modellen har Fibromyalgi og Kronisk Træthedssyndrom skiftet "adresse" fra at være en organisk til en somatiserende lidelse. Patienterne skal ifølge TERM modellen som behandling "afvisning i sundhedssystemet".

*Grundlaget for at få anerkendt forskningsresultater i ME/CFS er at patienterne opfylder CDC kriterierne fra 1988. Grundlaget for TERM modellen beror på forskningsresultater fra Oxford (Simon Wessely), der bygger på nogle nye og mere brede kriterier fra 1994. Disse kriterier for CFS er ikke godkendt af WHO eller den danske sundhedsstyrelse og de gunstige undersøgelsesresultater fra Oxford modellen udspringer af, at der i undersøgelsen medvirkede en bred vifte af "trætte", men ret mobile patienter, der ikke var diagnosticeret efter CDC kriterierne fra 1988, men Oxford kriterierne fra 1994, og de var derfor heller ikke udredte af en psykiater inden forløbets start og kunne derfor meget vel lide af depressioner og lign. der ganske rigtigt (i modsætning til ME/CFS der forværres), kan afhjælpes med CBT (Cognitive Behavioural Therapy) og GET (Graded Exercise Therapy).*

## Kap. 1

### Baggrund og ætiologi

#### Baggrund

#### Forekomst og problemstilling

Side 12, Tabel 1:

#### *2. Kronisk Somatiserende tilstande*

#### *b. Syndromdiagnoser (fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom)*

Side 13:

*Under gruppen af kronisk somatiserende inkluderes også de såkaldte syndromdiagnoser som f.eks. fibromyalgi og kronisk træthedssyndrom (CFS). Der er fortsat diskussion om disse syndromdiagnosers nosologiske indplacering, og nogle mener, at der vil kunne findes et specifikt organisk grundlag ved syndromerne. Ud fra den foreliggende videnskabelige evidens er det dog mest nærliggende at opfatte disse syndromer som kunstigt skabte varianter af kronisk somatiserende tilstande*

Det foruroliger og giver et billede af "forfølgelse" at netop disse to syndromer, og netop kun disse to, er nævnt ved navn. Da de netop ikke hører under psykiatrien kan det undre at de overhovedet er med. Påstanden om at der mangler beviser på at disse syndromer er ægte organiske sygdomme, må bero på forfatterens manglende indsigt i evidensmaterialet, og det giver dem ikke tilladelse til

egenhændigt at flytte sygdommene ind under psykiatrien, uanset at også visse andre psykiatere (Simon Wessely) gør det samme.

### **Afdæk patienternes sygdomsforståelse (og vent med at blotlægge din)**

Side 34

*Det er jo ikke, hvordan tingene i virkeligheden hænger sammen, der er interessant, men hvordan patienten opfatter det, idet der er nødvendigt at kende patientens tankegang for på et senere tidspunkt i samtalen at kunne ændre denne.*

Nå? ...! det er ikke interessant at vide hvad patienten i virkeligheden fejler... ..men hvad patienten tænker.... ...(er det derfor der ikke forskes i Danmark....?)

### **Foretag en fokuseret klinisk undersøgelse og indicerende paraklinisk undersøgelse.**

Side 36

*Specielt ved de kronisk somatiserende patienter skal man i undersøgelsen fokusere på sikre subjektive klager og objektive fund, og man bør i kroniske tilfælde undgå udredning og undersøgelser, hvis de ikke er indikerede på grundlag af objektive fund eller veldefineret klinisk sygdomsbillede.*

### **Tabel 11**

side 49

stk 1:

*undgå udredning og undersøgelser hvis ikke indiceret på grund af grundlag af objektive fund eller et veldefineret (nyt) klinisk sygdomsbillede.*

Stk 8

*Forstå en forværring af og nye tilkomne symptomer som en emotionel kommunikation i stedet for et tegn på en ny lidelse.*

**Forstå forværring og nye symptomer som følelsesmæssige samt man bør i kroniske tilfælde undgå udredning og undersøgelser ...** Det virker uhyggeligt og resultat bliver, at patienter med Kronisk Træthedssyndrom og Fibromyalgi ikke skal tages alvorligt, når de kommer med klager der ikke umiddelbart ses objektivt. Det kan få fatale følger, da patienterne ikke er immune overfor andre sygdomme som f.eks. kræft der ikke lige ”ses”.

### **TERM modellen trin 4**

Side 40.:

*Tilbyd sammen med patienten at undersøge hvad han eller hun selv kan gøre for at få det bedre, uanset hvad årsagen til besværet er.*

*Et besøg hos lægen vil derfor betyde, at patienten ikke skal hjælpes, men på elegant vis afvises med en opfordring til selv at finde en måde at blive hjulpet på.*

### **Tabel 7 og 11**

Side (35) og 49

Psykologisk:

*3. Stil diagnosen og fortæl patienten, at lidelsen er kendt og har et navn, nemlig somatisering.*

Lægerne opfordres til at give patienten diagnosen somatisering. Det er ikke en anerkendt diagnose hverken af sundhedsstyrelsen eller WHO, men en ny paraplybetegnelse for det lægerne ikke kan finde ud af.

### *Psykofarmakologisk behandling*

*16. Hvis patienten er i beskæftigelse, undlades sygdommeldinger, hvis det overhovedet kan undgås.*

Er der tale om ME/CFS er det direkte skadeligt at undlade at sygemelde patienten.

### *Administrativt*

*15. Vær proaktiv i stedet for reaktiv. Aftal et forløb med faste tider med 2-6 ugers intervaller og undgå konsultation efter patientkrav (evt. 1 p.n. tlf.-aftale pr. uge)*

*17. Forsøg at blive patientens eneste læge og begræns så meget som muligt patientens kontakter til andre behandlere, vagtlæger og alternative terapeuter.*

*18. Informer dine kolleger om din behandlingsplan og lav aftaler med kolleger, hvis du holder fri.*

*19. Forsøg at opbygge en alliance med patientens pårørende ved at informere dem om behandlingsplanen.*

*20. Arranger evt. støtte / supervision for dig selv.*

*21. Motiver patienten for psykiatrisk behandling, hvis dette er relevant.*

Patienter med ME/CFS er udredte af en psykiater inden diagnosen ME/CFS kan stilles endeligt og behandling er vurderet ikke at kunne hjælpe patienten.

Hele delen *Administrativt* virker helt grotesk og direkte diskriminerende. Det vil i praksis betyde at gruppen af patienter med Fibromyalgi og Kronisk Træthedssyndrom vil blive sat under "administration" og gjort retsløse med hensyn til at søge læge i lighed med andre borgere.

Der næst skal der "rygtespredes" således at patientgrupperne kan få samme nedværdigende og afvisende behandling hos lægekollegerne i området. Konsekvensen vil blive at de ved sygdom afvises som hypokondere af lægekollegerne og vagtlæger, brændemærkede som udstødte, uværdige mennesker der, hvis de endelig opnår kontakt, ikke skal regne med andet end at blive "talt til rette" og sendt hjem igen.

Jeg vil slutte med lægeløftet, der ved nærmere gennemlæsning får TERM modellen til at ligne en gyser.

### ***Det danske lægeløfte:***

Efter at have aflagt offentlig prøve på mine i de medicinsk-kirurgiske fag erhvervede kundskaber, aflægger jeg herved det løfte, til hvis opfyldelse jeg end ydermere ved håndsækning har forpligtet mig, at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn, at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse, at jeg ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab af læge har erfaret, at jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede og i øvrigt gøre mig bekendt med og nøje efterleve de mig og mit fag vedkommende anmodninger og bestemmelser.