

Syg, - men ingen diagnose? Funktionel sygdom og reform af førtidspensionen

Januar 2011

COWI

Indholdsfortegnelse

1	Arbejdet med en reform af førtidspensionsreglerne er i gang.	3
2	Sammenfatning	5
3	Hvad er funktionel sygdom?	8
4	Hvor udbredte er funktionelle sygdomme?	14
5	Aktuelle behandlingsmuligheder i sundhedsvæsenet	17
6	Sociale ydelser og funktionel sygdom	20
7	Funktionel sygdom og reformer af Førtidspensionen	23
7.1	Arbejdsmarkedskommissionens forslag til en førtidspensionsreform er udgangspunktet	23
7.2	To udfordringer til en kommende førtidspensionsreform	24
8	Konkrete forslag til regeringens førtidspensionsreform	32
9	Oversigt over forskningsprojekter, som TrygFonden har ydet støtte til i 2009 og 2010	36
10	Oversigt over fagpersoner, der er interviewet i forbindelse med udarbejdelse af dette oplæg	41

1 Arbejdet med en reform af førtidspensionsreglerne er i gang.

En væsentlig, men ofte overset og dårligt forstået målgruppe, er mennesker med funktionel sygdom. Funktionelle sygdomme er lidelser, som ikke kan tilskrives nogen kendt veldefineret eller traditionelt defineret somatisk sygdom. Der er tale om patienter med betydelige lidelser og stor utryghed for deres fremtid, som samtidigt ofte behandles uhensigtsmæssigt i både sundhedsvæsenet og i det sociale system. Alt for mange patienter med funktionel sygdom modtager ikke relevant og kvalificeret udredning og behandling og får derfor ofte meget dårlige forløb, bl.a. med førtidspensionering til følge.

TrygFonden har i de sidste to år støttet en række forskningsprojekter indenfor funktionelle sygdomme. Bilag 1 giver en oversigt over de foreløbigt støttede projekter.

Det er vores opfattelse, at der allerede i praksis findes virkningsfulde behandlinger for mange patienter med funktionel sygdom. Men der er samtidigt store potentialer i at disse behandlinger kan blive endnu bedre og i at de forskellige fagfolk kan blive betydeligt bedre, til identificere funktionel sygdom og selv gennemføre eller henvise til relevant behandling. Der er også på en række områder store perspektiver i at afprøve og udvikle nye behandlinger, og undersøge hvordan eksisterende rutiner og kulturer kan modarbejde at patienterne får et godt forløb. TrygFonden vil fortsætte sit arbejde med funktionelle sygdom i de kommende år.

I forbindelse med arbejdet med funktionel sygdom har TrygFonden flere gange samlet fagfolk på tværs af sundhed, arbejdsmarked og det sociale område med henblik på at afdække, hvor der er behov for ny viden. Selv om forskningsprojekterne ikke er afsluttet har TrygFonden alligevel følt det relevant at indsamle noget af den viden, der allerede findes blandt fagfolk i Danmark og præsentere den som en samlet analyse med en række anbefalinger til hvordan funktionel sygdom kan og bør medtænkes i arbejdet med en reform af førtidspensionen.

Der er perspektivrige forslag i regeringens skitse til reform af førtidspensionen. Det gælder især forslaget om et udviklingsforløb. Men – og det er hovedkonklusionen i dette notat – udviklingsforløbet skal koordineres godt og udfyldes

med bl.a. behandling udført af højt kvalificerede professionelle. Der findes gode bud på redskaber til bedre koordination, f.eks. screeninger, men de er ofte ikke kendt af de relevante medarbejdere i kommunerne. Samtidigt er kompetencen og kapaciteten i sundhedsvæsnet til at yde kvalificeret behandling ikke stor nok. Ukvalificeret og ukoordineret behandling vil i mange tilfælde regulært forværre udsigterne for de sårbare medborgere, der er så uheldige at have en funktionel lidelse. Så der er reel risiko for at en uigennemtænkt reform kan forværre det problem den burde afhjælpe.

Det bør også understreges, at der både er brug for og samtidigt store perspektiver i markant at forøge støtten til forskning og udvikling af behandlinger, koordination og forebyggelse. Forskning i funktionelle lidelser og i andre lidelser, der medfører førtidspensionering har ikke hidtil haft nogen høj status i sundhedsvæsnet eller andre steder. Den igangsatte reform af førtidspensionen bliver helt sikkert ikke den sidste. Det ville være til fordel for alle, hvis fremtidige reformer kan ske på et mere oplyst grundlag.

Analysen bygger på interviews med en række fagpersoner (se bilag 2) samt en række videnskabelige undersøgelser og udredninger. Analysen er udformet af professor og seniorfagleder i COWI Lars Iversen, som også er medlem af TrygFondens Rådgivende Forskningsudvalg.

Det er TrygFondens håb, at analysen kan give inspiration til det kommende reformarbejde med førtidspensionen.

Anders Hede
Forskningschef
TrygFonden

2 Sammenfatning

Funktionel sygdom er en tilstand, hvor patienten er meget bekymret for sit helbred og oplever fysiske symptomer, som ikke kan tilskrives nogen kendt veldefineret eller traditionelt defineret somatisk sygdom.

Begrænset viden om udbredelse, prognose og behandling

Der foreligger kun få undersøgelser af hyppigheden af funktionel sygdom i befolkningen. På grundlag af foreliggende undersøgelser skønnes det, at der er 40-50.000 patienter med en svær funktionel sygdom blandt 18+-årige, og 250-300.000 patienter med en let til svær funktionel sygdom blandt 18+-årige. Hvert år er der 10-15.000 sygedagpengemodtagere med fravær på mere end 8 uger på grund af en funktionel sygdom. Blandt førtidspensionsmodtagerne er der cirka 20-30.000 med funktionel sygdom.

Der er begrænset viden om prognosen for funktionelle sygdomme, men der er et behandlingspotentiale. Man ved, at der ofte er et svingende symptom- og funktionsniveau med gode og dårlige dage. Selv i svære tilfælde kan der være væsentlig fremgang for mange patienter.

Sundhedsvæsenets har svært ved at behandle

Sundhedsvæsenet – både almen praksis og sygehusene – har det svært med at behandle patienter med funktionelle sygdomme. De opfattes ofte som krævende og vanskelige at behandle. Egentlige behandlingstilbud til patienter med funktionel sygdom er usystematiske og forskellige fra region til region. Efteruddannelse af praktiserende læger varierer tilsvarende. Langt de fleste patienter – selv de sværeste – behandles i almen praksis. Kun få steder er der mulighed for at henvise til specialklinikker på sygehusene. Mange patienter ender som kasterbolde mellem forskellige afdelinger.

En styrkelse af behandlingsindsatsen

Sundhedsvæsenets behandlingstilbud kan styrkes væsentligt gennem:

- Udarbejdelse af kliniske retningslinjer for tidlig opsporing, diagnostik og behandling af funktionel sygdom.
- Uddannelse af praktiserende læger i brug af retningslinjerne – typisk i et omfang på 2-4 kursusdage.
- Etablering af regionale specialklinikker for funktionel sygdom i alle regioner med tilstrækkelig kapacitet i forhold til samarbejde og henvisninger fra almen praksis og fra sygehusafdelingerne.
- Etablering af kommunale sundhedsfremmetilbud, herunder især fysiske træningstilbud.

Koordination med beskæftigelsesindsatsen afgørende

Den beskæftigelsesmæssige indsats skal være nøje koordineret med den behandlingsmæssige indsats. Ellers risikerer man, at de to indsatser modarbejder hinanden. Det er vanskeligt at gennemføre behandlingen, hvis der råder stor usikkerhed omkring forsørgelsesgrundlaget på kort og måske også længere sigt. Og omvendt skal behandlingsplanen i sundhedsvæsenet indgå i grundlaget for en realistisk jobplan for vejen tilbage til arbejdsmarkedet. Dette forudsætter en fleksibel lovgivning, der gør det muligt at sikre en individuel, sammenhængende og langsigtet indsats, således som Arbejdsmarkedskommissionen og Kommunernes Landsforening har foreslået.

En styrkelse af beskæftigelsesindsatsen

Beskæftigelsesindsatsen kan styrkes væsentlig gennem:

- Kompetenceudvikling af medarbejdere i jobcentre og hos leverandører inden for beskæftigelsesområdet vedrørende screening af borgere med tegn på funktionel sygdom, kendskab til sygdoms fremtrædelsesformer, forløb og behandlingsmuligheder, samtaleteknikker med borgerne samt forhold, der i særlig grad skal tages hensyn til i forbindelse med beskæftigelsesindsatsen
- Screening for funktionel sygdom i udvalgte grupper – f.eks. ikke-arbejdsmarkedsparete borgere, langtidssygemeldte i mere end 8 uger og ansøgere til førtidspension. Screeningen har til formål at spore medarbejderne ind på, hvornår der kan være tale om funktionel sygdom, og om borgeren skal henvises til egen læge med henblik på videre udredning. Screeningsværktøjet skal være fælles for sundhedsvæsen og jobcenter og vil derfor være et værktøj, der i sig selv vil fremme koordinationen mellem de to områder.
- Mange sager med funktionel sygdom er langvarige og komplicerede med mange aktører. Der vil i mange tilfælde være behov for en forløbskoordinator, der har ansvaret for at sikre sammenhæng og fremdrift i forløbet, og som har et kendskab til alle faser i forløbet. Denne koordinator kan være en medarbejder i jobcentret, kommunens sundhedscenter eller socialforvaltning.

600-800 førtidspensioner kan forebygges

Et kvalificeret gæt er, at der mindst vil kunne forebygges omkring 600-800 førtidspensioner årligt. Antallet kan meget vel blive betydeligt større ved en målrettet behandlings- og social indsats overfor borgere med funktionel sygdom.

Konkrete forslag til regeringens udspil til en førtidspensionsreform

Regeringens forslag til en førtidspensionsform indeholder 7 konkrete initiativer. Der gives en kort oversigt over indholdet af de syv initiativer, og der gives konkrete forslag til, hvorledes initiativerne kan udvides til også at omfatte borgere med funktionelle lidelser.

Forskning i funktionelle sygdomme'

Oplægget afsluttes med en oversigt over forskningsprojekter vedrørende funktionel sygdom, som TrygFonden har ydet støtte til i 2009-2010.

3 Hvad er funktionel sygdom?

"De har svære gener i det daglige og ofte kniber det med at kunne klare det derhjemme: rengøring, vask, madlavning og indkøb. Hvis de er forældre, har de ofte kronisk dårlig samvittighed over for deres børn, fordi de ikke magter det, andre forældre kan. De er ofte meget trætte, har hukommelses- og koncentrationsbesvær, er svimle, har hovedpine, smerter i muskler og led, dårlig kraft i musklerne og føleforstyrrelse. Maveproblemer er hyppige. Nogle gange i en grad, der gør at man altid skal være i nærheden af et toilet. De lider af en let vakt spændingstilstand med hjertebanken, lufthunger, trykken for brystet, sitren og rødmen, som gør det svært at fortsætte med igangværende gøremål".¹

Definitioner af funktionel sygdom

Funktionel sygdom kan ifølge Fink defineres som "tilstande, hvor patienten i sygelig grad er bekymret for sit helbred eller oplever fysiske symptomer, som ikke kan tilskrives nogen kendt veldefineret eller traditionelt defineret somatisk lidelse. lidelse. Der er i stedet tale om funktionelle eller medicinsk uforklarede symptomer".²

Birket-Smith og Epløv taler om somatoforme tilstande som en række sygdomme med uforklarede fysiske symptomer, der kan starte i barndommen eller ungdommen og kan have et langvarigt forløb³. Andre somatoforme tilstande kan være korterevarende eller fluktuerende og kan være præget af angst for alvorlig sygdom. Somatoform tilstand er en diagnose i ICD-10. Der er stort overlap mellem denne diagnose og funktionelle lidelser.

WHO

I WHO's sygdomsklassifikation opdeles somatoforme tilstande (F45) yderligere i 7 forskellige differentialdiagnoser, herunder somatiseringstilstand, hypokonder tilstand, somatoform autonom dysfunktion og vedvarende somatoform smertetilstand.⁴

Bodily Distress Syndrome

I de senere år har diagnosen Bodily Distress Syndrome (BDS) fundet stadig hyppigere anvendelse. Diagnosen udtrykker alene, at patienten befinder sig i en kropslig stresstilstand, der medfører en lang række symptomer.

¹ Fink P, Rehfeld E. Arbejdskraftreserve: syge, der ikke kan få behandling, og som ikke kan komme ud på arbejdsmarkedet, selvom de gerne vil. Kronik i Jyllandsposten 11. juni 2008

² Fink P. Belastningsrelaterede, dissociative og somatoforme samt relaterede tilstande. I Klinisk psykiatri, 3. udgave, kapitel 10

³ Birket-Smith M, Epløv LF. Psykiske sygdomme og førtidspension. Rapport til Socialministeriet, 2007

⁴ Sundhedsstyrelsen. Klassifikation af sygdomme – systematisk del. 2. udgave, 1992.

I dette debatoplæg anvendes diagnosen funktionelle sygdom, som er et neutralt begreb, der ikke forholder sig til årsager til patientens tilstand, men blot konstaterer, at patienten har symptomer og gener, der har betydning for funktionsevnen. Med diagnosen accepteres, at der er tale om en sygdom.

3.1.1 En eller flere forskellige funktionelle sygdomme?

Alle former for smerter... har en oplevelsesdimension, som også farves af historien og lægerne, således at man vælger de mest legitime udtryk for sine symptomer... Smerter har altid været et centralt mødested for læger og patienter. Hvilken klædedragt smerten iklæder sig, er forskellig fra tid til tid, fra kultur til kultur og fra individ til individ⁵..

Hvert speciale sin diagnose

Der er i det specialiserede sundhedsvæsen udviklet flere meget specifikke diagnoser for funktionelle sygdomme. Nedenstående oversigt viser diagnoser, der anvendes inden for en række lægelige specialer. Diagnoserne er alle baseret på subjektive klager hos patienterne og manglende objektive kliniske fund.

⁵ Andersen JH. De nye sygdomme – fra smerternes historie. I Andersen JHY, Elverdam B, Hilden J, Nielsen CV (red.): De nye sygdomme. København: Den almindelige Danske Lægeforening, Sundhedskomiteen: 2000.

Figur 3.1 Eksempler på funktionel sygdom inden for forskellige lægelige specialer⁶

Speciale	Funktionelt syndrom
Gastroenterologi	Irritabel tyktarm, funktionel dyspepsi (ikke mavesår)
Gynækologi	Bækkenløsning, præmenstruelt syndrom, kroniske bækkensmerter
Reumatologi	Fibromyalgi, kroniske lændesmerter
Kardiologi	Atypiske eller ikke-kardiogene brystmerter
Lungemedicin	Hyperventilationssyndrom
Infektionsmedicin	Kronisk træthedssyndrom
Neurologi	Spændingshovedpine, pseudoepileptisk anfald
Odontologi	Kæbeledsdisfunktion, atypiske ansigtssmerter
Øre, næse og hals	Globusfornemmelser
Allergologi	Duft- og kemioverfølsomhed, EI-overfølsomhed?
Ortopædkirurgi	Whiplash-relateret tilstand
Anæstesiologi	Kronisk godartet smertesyndrom
Psykiatri	Somatoforme sygdomme, neurasteni, konversionshysteri

Modediagnoser

Ud over mangfoldigheden af diagnoser er et andet væsentlig træk ved funktionelle sygdomme, at diagnoserne har karakter af modefænomener, der blomstrer op i en periode for herefter at aftage og blive erstattet af nye diagnoser. Undertiden optræder de i forbindelse med indførelse af ny teknologi eller i ændringer i anvendelse af teknologi. F.eks. kan nævnes diagnosen telegrafist's cramp i forbindelse med telegrafens indførelse i forrige århundrede eller diagnosen the repetitive strain syndrome hos personer, der arbejdede med pc. Diagnosen blev først gang anvendt i Australien i 1980'erne. Begge diagnoser er forsvundet igen⁷. Et andet eksempel er fibromyalgi. Diagnosen blev brugt første gang i begyndelse af 1980'erne. Den er siden blev brugt hyppigt, men er nu på vej ud. I

⁶ Fink P, Rosendal M, Dam ML, Schröder A. Ny fælles diagnose for de funktionelle sygdomme. Ugeskrift for Læger 2010; 172: 1835-38

⁷ Andersen JH. De nye sygdomme – fra smerternes historie. I Andersen JHY, Elverdam B, Hilden J, Nielsen CV (red.): De nye sygdomme. København: Den almindelige Danske Lægeforening, Sundhedskomiteen: 2000

1995 var der f.eks. cirka 700 ansøgninger om førtidspension for denne diagnose. I 2000 var antallet knapt det halve⁸. I de senere år anvendes i stigende grad diagnosen stress, som formentlig i mange tilfælde er en ny betegnelse for funktionel sygdom.

Det er også bemærkelsesværdigt, at diagnoserne synes at være geografisk betingede. I nogle lande anvendes diagnosen whiplash – i andre lande – f.eks. Litauen forekommer diagnosen ikke, selvom der også i disse lande er masser af trafikulykker, der ofte udløser tilstanden⁹.

Hvert lægeligt speciale har tilsyneladende udviklet sine egne diagnoser med særlig blik for de symptomer, der er specifikke for specialet, og man har samtidig set bort fra en række andre symptomer af mere generel karakter eller fra andre organer¹⁰. Meget tyder imidlertid på, at der er tale om den samme sygdom, der blot har forskellige måder at fremtræde på.

Mange symptomer – en sygdom

En analyse af de symptomer, som patienter med funktionelle lidelser fra almen praksis, neurologiske og medicinske afdelinger viser f.eks., at symptombilledet i virkeligheden er meget ens på tværs af diagnoserne. Symptomerne kan grupperes i generelle symptomer (hukommelsesbesvær, træthed, svimmelhed mv.), autonome symptomer (hjerterbanken, trykken i brystet, hyperventilation mv.), mave-tarm-symptomer (oppustethed, diarre, mavesmerter mv.) og muskelskeletsymptomer (ledsmerter, rygsmerter, snurren eller dødsfornemmelse mv.). Der kan endvidere påvises meget stort sammenfald mellem en generel diagnose for funktionel sygdom og 10 specifikke diagnoser for funktionelle lidelse på 90-95 %, hvilket understøtter tesen om, at funktionel sygdom kan betragtes som en sygdom med forskellige fremtrædelsesformer^{11, 12}.

Specialisering i behandling kan hindre god behandling

Det specialiserede sundhedsvæsen søger med andre ord i sin stræben efter at stille diagnoser, der kan forstås inden for det specialiserede medicinske paradigme og dermed bliver en hindring for et rationelt behandlingsforløb. Den særlige udfordring for sundhedsvæsenet er derimod så tidligt som muligt i sygdomsforløbet at kunne stille diagnosen funktionel lidelse uden at overse andre former for somatisk eller psykiatrisk sygdom. Hvis diagnosen funktionel sygdom stilles som en udelukkelsesdiagnose efter en lang række "resultatløse" undersøgelser, kan der være sket megen skade og forbrugt mange ressourcer i sundhedsvæsenet på formålsløse undersøgelser og mange sociale ydelser, lige-

⁸ Stenager EN, Svendsen MA, Stenager E. Førtidspension til patienter med syndromsygdomme. En registerundersøgelse på basis af oplysninger fra Den Sociale Ankestyrelse. Ugeskrift for Læger 2003; 165: 469-474

⁹ Personlig meddelelse fra Frede Olsen

¹⁰ Schröder A. Syndromes of bodily distress. Assessment and treatment. PhD Dissertation. Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. Århus Universitetshospital, 2010

¹¹ Fink P, Schröder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeed to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. Journal of Psychosomatic Research 2010; 68: 415-426

¹² Fink P, Toft T, Hansen S, Ørnboel E, Olesen F. Symptoms and Syndromes of bodily Distress: An Exploratory Study of 978 Internal Medical, Neurological, and Primary Care Patients. Psychosomatic Medicine 2007;69:30-39

som forløbet bidrager til at understøtte eller endda fastlåse patienten i en sygdomsrolle, der er frustrerende både for patienten, familie, læge og socialrådgiver.

En god prognose er mulig for mange

3.1.2 Prognosen for funktionelle sygdomme

Der er begrænset viden om prognosen for funktionelle sygdomme. Man ved, at der ofte er et svingende symptom- og funktionsniveau med gode og dårlige dage¹³. Der er et behandlingspotentiale¹⁴, og selv i svære tilfælde kan der være væsentlig fremgang for mange patienter.

På Forskningsklinikken for Funktionelle lidelser, hvor man behandler de sværeste tilfælde, skønner man, at en tredjedel af patienterne stort set helbredes, en tredjedel får det bedre, og en tredjedel har ingen nytte af behandlingen.¹⁵

I et kontrolleret studie af fysisk trænings betydning for fibromyalgipatienter i England¹⁶ påvises, at efter 12 måneders follow up opfylder 31/69 kriterierne for at stille diagnosen fibromyalgi mod 44/67 i kontrolgruppen. Undersøgelsen viser for det første, at fibromyalgi ikke er en stationær tilstand, og for det andet at der kan opnås betydelig effekt efter fysisk træning.

3.1.3 Årsager til funktionel sygdom

I sagens natur kan funktionel sygdom ikke forklares inden den traditionelle biomedicinske forståelsesramme. Det er svært at forestille sig, at sygdommen ikke også har et biomedicinsk grundlag, således som al anden sygdom har. Man har kunnet påvise visse ændringer i hjernen hos patienterne, og man vil muligvis fremover være i stand til at afdække flere biologiske mekanismer, der kan bidrage til at stille diagnosen, men givet er det, at man på nuværende tidspunkt er på bar – biomedicinsk – grund.

Ofte har man sluttet, at når der ikke kunne findes noget objektivt kropsligt, må tilstanden være psykisk betinget. Man finder også betydelig sammenfald mellem angst, depression og funktionelle sygdomme hos omkring halvdelen af patienterne, ligesom der også kan være betydelig somatisk comorbiditet. At funktionelle lidelser kan optræde sammen med andre psykiatriske og somatiske sygdomme, forklarer ikke årsagen til sygdommen, men det kan selvfølgelig forstærke sygdommen og give den en særlig vinkling med hensyn til symptombylledet.

¹³ Hilden J. Biologiske forklaringsmodeller. I Andersen JHY, Elverdam B, Hilden J, Nielsen CV (red.): De nye sygdomme. København: Den almindelige Danske Lægeforening. Sundhedskomiteen: 2000

¹⁴ Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykologforening, Danske Psykiatere og Børne- og ungdomspsykiateres Organisation og Danske Regioner. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet. Debatoplæg. København: Danske Regioner, 2009.

¹⁵ Personlig meddelelse fra Per Fink

¹⁶ Richards SCM, Scott DL. Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial. British Medical Journal; 2002;325: 185

I Boks 3.1 er beskrevet nogle typiske årsager til funktionel sygdom.

Boks 3.1 Årsager til funktionel sygdom – uddrag af patientpjece fra Forskningsklinikken for Funktionelle lidelser og Psykosomatik, Århus Universitetshospital¹⁷

- **Hjernen:** Symptomer mærkes i hjernen. Hjernen modtager konstant en strøm af signaler, hos raske er der muligvis et filter, der sorterer disse symptomer og lader kun de vigtigste trænge igennem. Hos Bodily Distress Syndrome har filtret formentlig huller, og det betyder, at symptomer kommer til at fylde mere og håndteres på andre måder i hjernen.
- **Arvelighed:** Man ved ikke meget om det, men det kan ikke udelukkes, at der er en arvelig komponent – det er vanskeligt at adskille fra miljømæssige faktorer eller familiodynamikken i løbet af opvæksten. Mange funktionelle sygdomme debuterer således allerede i barndommen – i starten med symptomer på vokseværk, hovedpine, mavepine og lignende. Symptombilledet kan herefter udvikles gennem livsforløbet.
- **Anden sygdom/skade:** I nogle tilfælde kommer funktionelle sygdomme efter en sygdom eller ulykke, f.eks. trafikulykke mv., hos de fleste aftager smerterne efter et stykke tid, men hos patienter med funktionelle sygdom bliver smerterne kroniske.
- **Sygdomsbekymringer:** Hvis man er bekymret, fylder symptomer mere – måske udtryk for noget farligt – bekymring kan starte en ond spiral øget opmærksomhed – øget fornemmelse af symptomerne – fortolkning kan styrke bekymring og provokere til egentlig angst.
- **Langvarig stress eller belastning:** Særlige belastninger i barndommen¹⁸ – herunder også seksuelle overgreb – og voksenlivet eller hvis man i lang tid overskrider grænserne for, hvad man kan magte.

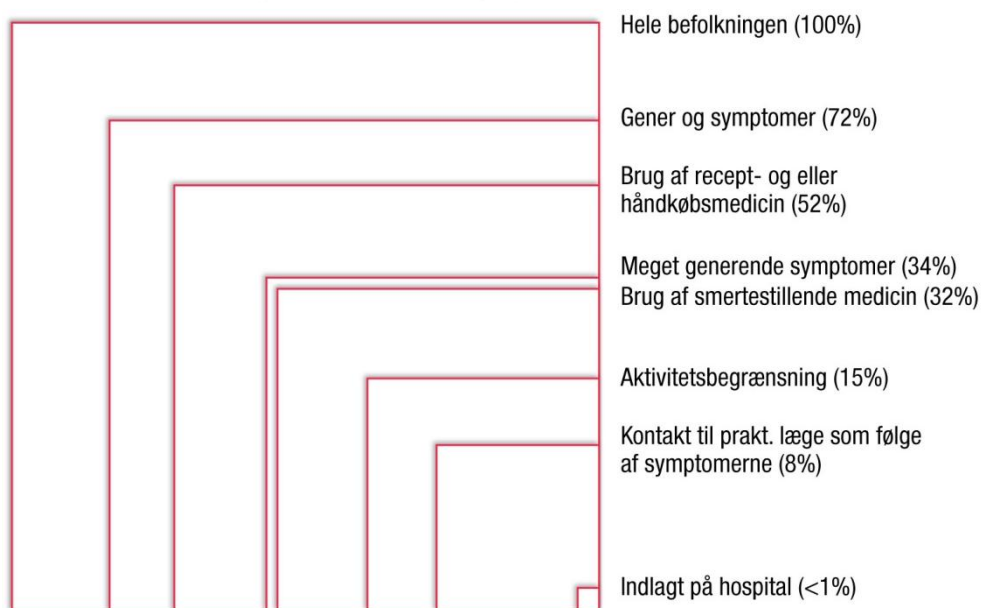
¹⁷ Patientvejledning fra Forskningsklinikken for Funktionelle sygdomme, Århus Universitetssygehus

¹⁸ Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. Dissociation, Childhood Interpersonal Trauma, and Family Functioning in Patients With Somatization Disorder. *American Journal of Psychiatry* 2005;162: 899-905

4 Hvor udbredte er funktionelle sygdomme?

Næsten tre fjerdedele af den voksne befolkning oplever at have gener eller symptomer inden for en 14-dages periode. Se figur 4.1.

Figur 4.1 Forekomsten af gener og symptomer samt reaktioner på dem i befolkningen inden for en 14-dagesperiode¹⁹



Symptomer i befolkningen

I 2000 angav således 72 % af voksne danskere at have haft et eller flere symptomer inden for en 14-dages periode, og 34 % at have en eller flere meget generende gener eller symptomer. Hyppigst angives smerter eller ubehag i nakke/skulder (28 %), smerter eller ubehag i ryg/lænd (26 %) og smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led (23 %). Dernæst følger hovedpine (18 %), træthed (18 %), forkølelse (13 %) og søvnbesvær (12 %).

I alt 53 % af befolkningen har inden for en 14-dages periode brugt recept- og eller håndkøbsmedicin – hyppigst i form af smertestillende medicin (32 %). Ligeledes inden for en 14-dages periode har 15 % i befolkningen oplevet at være begrænset i at udføre dagligdags aktiviteter pga. sygdom. Med dagligdags aktiviteter forstås aktiviteter i arbejde, hjem, fritid mv. Endelig har 8 % haft

¹⁹ Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab. Ugens tal. Uge 17, 2004

kontakt til en læge som følge af generne og symptomerne. Kun en ganske lille del – under 1 % – af befolkningen har været indlagt på hospital.

For langt de flestes vedkommende betragtes symptomerne som en del af dagliglivets trængsler, og de forsvinder ingen. Hos en mindre gruppe – måske 10 % antager de derimod en mere permanent karakter. De kan medføre bekymring og sygdomsangst, nedsætter livskvaliteten og giver måske anledning til fravær og til at søge læge.

Svært at få præcise opgørelser

Det er forbundet med store vanskeligheder at få mere præcise opgørelser over, hvor mange der lider af funktionelle sygdomme. Det hænger sammen med 1) at der kun er gennemført forholdsvis få undersøgelser, der belyser udbredelsen af funktionelle sygdomme, og 2) at der typisk bruges forskellige definitioner på funktionel sygdom i undersøgelserne, hvilket begrænser mulighederne for at tegne et samlet billede. Nogle definitioner er således meget restriktive, andre er mere åbne for, hvad der betegnes som funktionel sygdom.

Befolkningsundersøgelser

I England skønnes det, at 1 % af befolkningen har fibromyalgi²⁰.

Ladwig med flere²¹ finder i en repræsentativ befolkningsundersøgelse i Tyskland en forekomst på cirka 2 % af 25-69-årige med funktionel sygdom. Forekomsten var markant højere blandt lavstatuskvinder, der angav at være emotionelt belastede.

Schröder skønner ud fra en række befolkningsundersøgelser, at kronisk træthed optræder hos op til 3 % af befolkningen, fibromyalgi fra 1-11 % og irritabel tyktarm fra cirka 7 % til 22 %. Sammenstilles flere undersøgelser, vil et skøn være, at forekomsten typisk vil ligge på 6-7 % af den voksne befolkning²².

Undersøgelser fra almen praksis

Undersøgelser fra almen praksis i Danmark viser, at lidt over en tredjedel af patienterne har funktionelle symptomer/somatoforme tilstande²³.

Sygedagpengemodtagere og førtidspensionister

En undersøgelse af sygedagpengemodtagere med mindst 8 ugers fravær viste, at 11 % var sygemeldt på grund af en funktionel lidelse²⁴. Der var en overvægt af kvinder – specielt under 45 år og af ufaglærte. Sygedagpengeforløbene i for-

²⁰ Richards SCM, Scott DL. Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2002; 325:185

²¹ Ladwig KH, Marten-Mittag, Erazo N, Gündel H. Identifying Somatization Disorder in a Population-Based Health Examination Survey. *Psychosomatics* 2001; 42:511-578

²² Schröder A. Syndromes of bodily distress. Assessment and treatment. PhD Dissertation. Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. Århus Universitetshospital, 2010

²³ Toft T. Managing patients with functional somatic symptoms in general practice. PhD Dissertation. Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. Århus Universitetshospital, 2004

²⁴ Sørensen K, Nielsen CV, Hjort J, Christensen KS, Ørnboel E, Fink P. Om sygefravær – med fokus på sygemeldte i 8. fraværsuge. Århus: Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik, Århus Universitetshospital og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, 2007

bindelse en funktionel lidelse var generelt meget langvarige – først efter 66 ugers fravær var 75 % af de sygemeldte ophørt med fraværet.

Cirka 8 % af all førtidspensionister fik i perioden 1998-2000 tilkendt pension med en funktionel lidelse. Blandt kvinderne var andelen 11 % og blandt mænd 5 %²⁵. Disse andele må anses for at være minimumsskøn.

Et skøn over forekomsten

På grundlag af disse tal vil der ud fra et forsigtigt skøn – med alle forbehold – være:

- 40-50.000 18+-årige patienter med en svær funktionel sygdom
- 250-300.000 18+-årige patienter med en funktionel sygdom med varierende sværhedsgrader
- 10-15.000 sygedagpengemodtagere har hvert år fravær mere end 8 uger på grund af en funktionel sygdom
- 20-30.000 på førtidspension eller flexjob har en funktionel sygdom

²⁵ Stenager EN, Svendsen MA, Stenager E. Førtidspension til patienter med syndromsygdomme. En registerundersøgelse på basis af oplysninger fra Den Sociale Ankestyrelse. Ugeskrift for Læger 2003; 165: 469-474

5 Aktuelle behandlingsmuligheder i sundhedsvæsenet

Svært at behandle i sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet – både almen praksis og sygehusene – har det svært med at behandle patienter med funktionelle sygdomme. Patienterne opfattes ofte som krævende og vanskelige at behandle. Det kan betyde, at patienterne udvikler og låser sig fast i en sygdomsrolle, at der bruges mange ressourcer på overflødige og tidskrævende undersøgelser, og at patienterne enten slet ikke får den relevante behandling, eller de får den meget sent i forløbet, hvad der gør udsigterne til bedring ringere. Sundhedsvæsenet kan på denne måde ligefrem bidrage til forværring af patienternes tilstand. I boks 5.1 er beskrevet nogle typiske mekanismer, der kan føre til dette utilfredsstillende resultat for alle.

Behandlingstilbud til patienter med funktionel sygdom er usystematiske og forskellige fra region til region. Langt de fleste patienter – selv de sværeste – behandles i almen praksis. Kun få steder er der mulighed for at henvise til specialklinikker på sygehusene, som der for eksempel er ved Forskningsklinikken for Funktionelle lidelser og Psykosomatik, Århus Universitetshospital og Liaisonpsykiatrisk Enhed, Bispebjerg Hospital og Klinik for Liaisonpsykiatri, Psykiatrien i Vordingborg. Mange patienter ender derfor som kastebolde mellem forskellige afdelinger, og ingen vil tage ansvaret for behandlingen²⁶.

Også for rygsmerter

En betragtelig del af patienter med funktionel sygdom har kroniske rygsmerter og indgår i mange forskellige behandlingsforløb. I Sundhedsstyrelsens MTV for patienter med ondt i ryggen²⁷ peges på "behovet for et fælles ståsted, hvad angår typen og organisering af indsatsen, anvendte målemetoder, varighed af indsats, opfølgningstid og ikke mindst ensartet terminologi. Variationen inden for et givent behandlingsområde kan medføre udfordringer. Patienter bliver mere usikre på, om de har modtaget den "rigtige" behandling, og kan være tilbøjelige til at opsøge andre behandlere, med nye forklaringer, afprøvning af nye tiltag og yderligere usikkerhed til følge. Fagpersoners uenighed om typen af indsats bevirker desuden en risiko for uensartede indsatser og en tilbøjelighed til, at indsatsen styres af andre faktorer end den foreliggende evidens og de faglige vurderinger".

²⁶ Schröder A, Fink P, Fjordback L, Frostholt L, Rosendal M. Behandlingsstrategi for funktionelle syndromer og somatisering. Ugeskrift for Læger 2010;172: 1839-1842

²⁷ Sundhedsstyrelsen. Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats overfor patienter med ondt i ryggen – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, 2010

Boks 5.1 Mekanismer i sundhedsvæsenet, der kan forværre behandlingsforløbet for patienter med funktionel sygdom – uddrag af undervisningsmateriale for praktiserende læger²⁸

- Frygt for at overse somatisk lidelse er hyppigste årsag til overbehandling af somatiserende patienter. En overset somatiseringstilstand kan resultere i ”somatisk overbehandling” og dermed få konsekvenser i form af lidelse for patienten og unødvendige udgifter for såvel patient som samfund.
- Frygten for klager og retssager kan resultere i defensive tests og henvisninger. I praksis synes klager dog at være sjældne fra patienter med funktionel sygdom herhjemme.
- Manglende behandlingstilbud kan medføre, at patienten fortsætter i somatisk regi uden adækvat behandling.
- Manglende forståelse for natur og karakter af sygdommen samt manglende kundskaber i at håndtere disse tilstande kan resultere i fastholdelse af nyttesløse udredningsprogrammer.
- Manglende viden og kunnen: Læger undervises meget lidt i behandling af somatiserende patienter.
- Nogle lægers opfattelse af lægerollen som den, der alene tager sig af patientens ”biomedicinske problemer”. De føler sig ikke rustet til at gå ind i psykiske og sociale problemstillinger.
- Lægens blufærdighed og frygt for at overskride patientens blufærdighedstærskel kan resultere i, at lægen ikke får stillet spørgsmålene om patientens hjemmeliv og psykiske tilstand.
- Tidspres og frygten for ”at åbne Pandoras Æske” kan ligge i baghovedet hos mange læger, når de tager hul på de ”besværlige” spørgsmål. Lægen kan desuden frygte, at patienten kan ”hage sig fast” og blive afhængig af lægen.
- Lægen kan føle et behov for at få en pause fra behandlingen af disse til tider besværlige patienter.

Den lægelige grunduddannelse

I selve den lægelige grunduddannelse på universiteterne mangler der undervisning i funktionelle sygdomme, således, at alle læger uanset speciale har kendskab til og en fælles forståelse af tilstanden.

Uddannelse af praktiserende læger

Uddannelse af praktiserende læger til at behandle patienter med funktionelle sygdomme varierer fra region til region. I nogle regioner indgår en sådan ud-

²⁸ Fink P, Rosendal M, Toft T. Udredning og behandling af funktionelle lidelser i almen praksis – TERM-modellen – The extended Reattribution and Management Model – et efteruddannelsesprogram for ikke-psykiatriske læger. Århus: Forskningsenheden for Funktionelle lidelser, Psykosomatik og Liaisonpsykiatri, Århus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Medicin, Århus Universitet. Uddraget er lettere revideret af Per Fink i forbindelse med udarbejdelse af dette debatoplæg

dannelse i lægernes uddannelse til almen praksis. Det gælder f.eks. uddannelsesregionen, der omfatter region Midtjylland og Region Nordjylland, men det er således ikke alle kommende praktiserende læger, der har modtaget relevant uddannelse i forhold til denne gruppe af patienter.

Der er udviklet uddannelsesprogrammer – TERM-modellen²⁹ – der tilbydes praktiserende læger som videreuddannelse. På indeværende tidspunkt har cirka 150 praktiserende læger gennemført kurset. Det er fortrinsvist læger fra Region Midtjylland, Nord og Syd. Evalueringer viser, patienter der konsulterede en uddannet læge selv vurderede, at de havde det bedre efter 2 år opfølgning, og at der var en tendens til forbrug af færre sundhedsydelse end patienter der gik til en læger der ikke havde været igennem uddannelsen. Patienterne der gik hos en uddannet læge var endvidere mere tilfredse med deres læge og endelig skiftede lægerne markant holdning fra at være ret negative til meget mere positive til patienter med funktionelle sygdom³⁰.

Lær at leve med kronisk sygdom – et kommunalt tilbud

Endelig skal nævnes, at næsten alle kommuner tilbyder borgere med kronisk sygdom at deltage i kurset "Patientuddannelse – Lær at leve med kronisk sygdom"³¹. Det må antages, at en væsentlig del af kursisterne har en funktionel sygdom. Programmet har som formål at give mennesker med kronisk sygdom redskaber til bedre at kunne mestre problemer i hverdagen som følge af kronisk sygdom – og derigennem øge livskvaliteten. Der synes at være effekt af kurserne på kort sigt – 4-6 måneder efter kursusafslutning – i form af forbedring af deltagernes helbredsrelaterede adfærd, helbredsstatus og tro på egne evner til at håndtere sygdommen³². På trods af den store udbredelse af kurset i kommunerne foreligger der ingen sikker viden om kursernes effekt på længere sigt. Tryk-Fonden har bevilget midler til, at Dansk Sundhedsinstitut kan gennemføre en videnskabelig evaluering af effekten på længere sigt.

²⁹ Fink P, Rosendal M, Toft T. Udredning og behandling af funktionelle lidelser i almen praksis – TERM-modellen – The extended Reattribution and Management Model – et efteruddannelsesprogram for ikke-psykiatriske læger. Århus: Forskningsenheden for Funktionelle lidelser, Psykosomatik og Liaisonpsykiatri, Århus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Medicin, Århus Universitet

³⁰ Toft T. Managing patients with functional somatic symptoms in general practice. PhD Dissertation. Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelse. Århus Universitetshospital, 2004

³¹ Sundhedsstyrelsen. Guide til Lær at leve med kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen, 2005

³² Komiteen for Sundhedsoplysning. Evidens for Chronic Disease Self-Management Program – dokumentation af effekt og omkostninger. Et systematisk litteraturstudie. København: Komiteen for Sundhedsoplysning, september 2007

6 Sociale ydelser og funktionel sygdom

En funktionel sygdom udløser ofte et forbrug af forskellige sociale ydelser. Typisk i form af sygedagpenge, revalidering, kontanthjælp, fleksjob og førtidspension. Forløbene vil hyppigt være langvarige og i værste fald indebære udstødelse fra arbejdsmarkedet.

Cirka 10 % af de langvarige sygemeldinger og førtidspensioner

Det skønnes, at omkring 10 % af de langvarige sygedagpengeperioder og af førtidspensionerne skyldes funktionel sygdom. Andelen er formodentlig højere endnu. De to store sygdomsgrupper, psykisk sygdom såsom stress, depression, angst og lignende og vedvarende smerter i bevægeapparatet optræder hver hos 35-50 % blandt de langvarigt sygemeldte³³. Psykiske lidelser og bevægeapparatssygdomme tegner sig for 75 % af alle nytilkendelser af førtidspensioner i 2009³⁴. Der skjuler sig formodentlig mange med funktionel sygdom i disse to sygdomskategorier.

En undersøgelse af sygedagpengemodtagere i Århus Kommune³⁵ viste, at sygemeldte med en funktionel lidelse generelt havde langvarige forløb. Efter 66 ugers fravær var 25 % stadig sygemeldte, og det konkluderes i undersøgelsen, "at det er en gruppe, der bør have skærpet bevågenhed... der..er udbredt mangel på kendskab til funktionelle lidelser, som medfører, at disse personer bliver fejldiagnosticeret". Endvidere anføres, at usikkerheden med hensyn til at stille diagnosen ofte "bevirker, at lægen eller den sygemeldte ønsker en række undersøgelser for at få situationen afklaret, hvilket gør det yderst vanskeligt for kommunerne, at få disse personer afklaret i forhold til arbejdsmarkedet".

Jo længere fravær, jo større forbrug af sundhedsydelser

Dansk Sundhedsinstitut har analyseret forbruget af sundhedsudgifter i forhold til længden af sygedagpengeperioder og finder, at jo længere fraværperiode jo større forbrug af sundhedsydelser³⁶. Undersøgelsen viser, at et sent forbrug af sundhedsydelser i sygedagpengeperioden er forbundet med et markant længere

³³ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet. København: COWI, 2010

³⁴ Ankestyrelsen. Førtidspensioner: Årsstatistik 2009. København: Ankestyrelsens Statistikker, 2010

³⁵ Sørensen K, Nielsen CV, Hjort J, Christensen KS, Ørnboel E, Fink p. Om sygefravær – med fokus på sygemeldte i 8. fraværssuge. Århus: Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik, Århus Universitetshospital og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, 2007

³⁶ Jensen ML, Olsen KR, Nielsen RZ, Andreasen MN, Gyrd-Hansen D. Sygedagpengemodtageres forbrug af sundhedsydelser. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2010

sygedagpengeforløb. Denne forsinkelse gælder specielt i forhold til lavtuddannede og arbejdsløse, og det konkluderes " at udgifter til sygedagpenge kan mindskes, hvis der initieres en større indsats for rettidigt at afdække behovet for sundhedsydelse blandt sygedagpengemodtagere generelt og blandt disse befolkningsgrupper specifikt". Det er i undersøgelsen ikke muligt at lave disse analyser specifikt for sygedagpengemodtagere med funktionelle sygdomme, men der kan næppe herske tvivl om, at konklusionerne fra undersøgelsen i særlig grad gælder for dem.

Koordinering afgørende

I en rapport fra Indenrigs- og sundhedsministeriet³⁷ om koordination mellem social indsats og behandlingsindsats påpeges, at langt de fleste sygedagpengesager forløber helt ukompliceret og forudsætter ingen særlig koordination. Behandlingsforløbet er afklaret, og den sygemeldte kan hurtigt vende tilbage til arbejde. I sager, hvor tilknytningen til arbejdsmarkedet derimod er truet, er der særlig behov for koordination. Det gælder specielt for sygedagpengemodtagere med et diffust sygdomsbillede med både psykiske og fysiske komponenter, og hvor læger har vanskeligt ved at stille en præcis diagnose eller anviser effektiv behandling. Det gælder måske især for sygedagpengemodtagere med svagt netværk, manglende uddannelse eller andre forhold, der sammen med diffuse helbredsproblemer øger risikoen for udstødning fra arbejdsmarkedet. Her er effektiv koordination mellem sundhedsvæsenet og den sociale indsats helt afgørende.

I nedenstående oversigt er givet en række eksempler på, hvilke problemer patienter med funktionelle sygdomme kan konfronteres med.

Sociale ydelser	Udfordring i forhold til borgere med funktionelle lidelser
Sygedagpenge	Sygdomsforløbet kan være tidskrævende. Patienterne kommer for sent i behandling eller slet ikke i behandling, – sygedagpengeperioden er ofte for kort til at patienterne kan genvinde deres funktionsevne. Aktiveringsindsatsen overstiger patientens ressourcer, der er for mange tilfældige aktiveringstilbud, der ikke er individuelt tilpasset den enkelte patients ressourcer, hvilket har nederlag til følge.
Revalidering	Mange patienter kan ikke matche kravene f.eks. pga. hukommelses- og koncentrationsbesvær. Revalideringen påbegyndes for tidligt i sygdomsforløbet.
Flexjob	Kravet om mindst 15 timer ugentligt arbejde kan i starten være for stort. Der er store forskelle mellem kommunerne med hensyn til hvorledes kommunerne håndhæver kravet om mindst 15 timer om ugen.
Førtidspension	Det er vanskeligt at vurdere om, at der er nogen restarbejdsevne, før en relevant behandling er gennemført. I mange tilfælde tilbydes der ikke noget relevant behandlingsforløb, og hvis et sådant tilbydes, kan det være vanskeligt at gennemføre, hvis patienten samtidig er meget usikker med hensyn til sit fremtidige forsørgelsesgrundlag og måske ikke tror på, at det vil være muligt at klare et arbejde.

³⁷ COWI. Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet – en analyse fra syv kommuner. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010

Afklaring i sundhedsvæsenet nødvendig for beskæftigelsesmæssig indsats

Et væsentligt problem er, at sundhedsvæsenet i mange tilfælde ikke kan levere den afklaring og behandling, som er en forudsætning for den sociale indsats.

Endvidere er den beskæftigelsesmæssige lovgivning ikke specielt gearret i forhold til folk med funktionelle sygdomme. Den syge magter ikke altid at følge aktivering. Lovgivningens tidsterminer passer ikke med den tid, der er behov for at blive behandlet osv. Sygdomsforløbene kan strække sig over et år, hvor sygedagpenge ophører osv.

Dette kan formodentlig være en af forklaringerne på den endog negative effekt af aktivering af ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere. Disse grupper er i udpræget grad hæmmet af sygdom, herunder formodentlig en ikke uvæsentlig del i form af funktionel sygdom. Rigsrevisorens undersøgelse af effekten af aktivering af disse grupper³⁸ viser en direkte negativ effekt på selvforsørgelsesgrad og på beskæftigelsesgrad, det vil sige at de aktiverede kom i selvforsørgelse eller i beskæftigelse en mindre del af tiden end de ikke-aktiverede i perioden 2006-2009.

Kort sagt synes problemet at være, at der er tale om manglende koordinering af den behandlings- og beskæftigelsesmæssige indsats, der hver i sær ikke er specielt gearret i forhold til borgere med funktionel sygdom.

³⁸ Rigsrevisionen. Beretning til Statsrevisorerne om effekten af aktivering af ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere. København: Rigsrevisionen, oktober 2010

7 Funktionel sygdom og reformer af Førtidspensionen

Regeringen har 1. december 2010 fremlagt et forslag til en reform af førtidspensionsordningen med henblik på at reducere antallet af borgere, der får førtidspension på grund af psykisk sygdom. Reformen er i særlig grad fokuseret på at reducere antallet af borgere under 40 år, der modtager pension på grund af psykisk sygdom. Reformen bygger i vid udstrækning på ideer fra Arbejdsmarkedskommissionen.

- Der tilkendtes i 2009 cirka 17.000 førtidspensioner. Antallet har været stigende i de seneste 3 år³⁹.
- Gennemsnitsalderen er faldet fra 46,7 år i 2005 til 45,8 år i 2009. 55 % af nytilkendelserne var under 50 år i 2009 mod 51 % i 2005.
- Psykiske lidelser udgør en stigende andel af nytilkendelserne – fra 41 % i 2005 til 51 % i 2009.
- Cirka 50 % af nytilkendelserne skyldes depression, angst, posttraumatisk belastningsreaktion, tilpasningsreaktioner og somatoforme tilstande/funktionelle lidelser⁴⁰.
- Helbred har været helt udslagsgivende tilkendelsesårsag siden 2005. I 2009 anførte kommunerne helbredet i 98 % som det centrale element i nytilkendelserne.
- Der tilkendes flest førtidspensioner i udkantkommunerne.

7.1 Arbejdsmarkedskommissionens forslag til en førtidspensionsreform er udgangspunktet

Udviklingsforløb før førtidspension

Arbejdsmarkedskommissionen foreslår, at der indføres et **udviklingsforløb** for personer med ubetydelig aktuel arbejdsevne, men hvor der skønnes at være rimelig sandsynlighed for at arbejdsevne efter et længer stykke tid kan øges, og

³⁹ Boksen bygger på: Ankestyrelsen. Førtidspensioner: Årsstatistik 2009. København: Ankestyrelsens Statistikker, 2010. Der foreligger ingen særskilt opgørelse for førtidspensioner tildelt på grundlag af diagnosen funktionel sygdom

⁴⁰ Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykologforening, DPBO og Danske Regioner. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet. Debatoplæg. København: Danske Regioner, 2009

hvor der i øvrigt er gennemført arbejdsprøvning med negativt resultat.⁴¹ Udviklingsforløbet skal være en ramme for en individuel, langsigtet og sammenhængende indsats med en fast kontaktperson i jobcentret. Den sammenhængende indsats drejer sig om den arbejdsmarkedsmæssige, sociale og sundhedsmæssige indsats.

Som hovedregel skal udviklingsforløbet højst have en varighed på 5 år med mulighed for forlængelse. Mindst en gang årligt skal Jobcentret tage stilling til, om forudsætningerne for udviklingsforløbet er til stede.

Indholdet af udviklingsforløbet er ikke afklaret

Arbejdsmarkedskommissionen forholder sig ikke til det konkrete indhold af udviklingsforløbet, herunder hvilke indsatser der skal tilbydes fra sundhedsvæsnets side og fra jobcentrene.

Arbejdsmarkedskommissionen påpeger, at den nuværende indsats overfor personer med nedsat arbejdsevne er hæmmet af manglende viden om, hvad der virker i forhold til forskellige grupper. Der foreslås derfor et **forskningsprogram**, som skal fastslå effekten af forskellige typer af indsatser overfor forskellige personer med nedsat arbejdsevne. Der peges også på behovet for **kompetenceudvikling** af medarbejdere i den kommunale forvaltning.

Baggrunden for Arbejdsmarkedskommissionens forslag om et udviklingsforløb før tilkendelse af førtidspension er, at selvom der aktuelt ikke er nogen restarbejdsevne, kan den måske – specielt for yngre under 40 år – genvindes helt eller delvist efter en længere periode. Det gælder specielt for psykiske sygdomme og formentlig også i betydelig omfang for funktionelle sygdomme.⁴² Et udviklingsforløb vil give personen et længere tidsrum til denne proces, hvis personen tilbydes en kombineret indsats med arbejdsmarkedsmæssige, sociale og sundhedsmæssige komponenter.

7.2 To udfordringer til en kommende førtidspensionsreform

Set i forhold til patienter med funktionelle sygdomme kan der ikke herske tvivl om, at forslaget om et udviklingsforløb vil være et fremskridt, fordi sygdommen kan være langvarig, fordi den kan være reversibel og endelig fordi der vil være faste rammer for den syges forsørgelsesgrundlag under forløbet og også efter, hvis vedkommende ikke kommer i arbejde.

Hermed er der skabt en tryghed hos den syge, og der er sikret tid til et langvarigt behandlingsforløb, og dermed vil der være bedre muligheder at koordinere behandlende og den beskæftigelsesmæssige indsats.

⁴¹ Arbejdsmarkedskommissionen. Velfærd kræver arbejde. København, august 2009

⁴² Birket-Smith M, Epløv LF. Psykiske sygdomme og førtidspension. Rapport til Socialministeriet, 2007

Ideen med et udviklingsforløb skaber således gode rammer, men hvis disse rammer ikke fyldes ud, vil udviklingsforløbet for mange patienter blot alligevel være et forstadium til førtidspensionen.

Uden en bedre behandling af funktionelle sygdomme i sundhedsvæsenet vil det være særdeles vanskeligt at optimere den beskæftigelsesmæssige indsats.

Der er to udfordringer, for så vidt angår indholdet af udviklingsforløbet:

- 1 Hvorledes kan sundhedsvæsenet blive bedre til at behandle patienter med funktionel sygdom?
- 2 Hvorledes skal den beskæftigelsesmæssige indsats være i forhold til patienter med funktionel sygdom?

7.2.1 Hvorledes kan sundhedsvæsenet blive bedre til at behandle patienter med funktionel sygdom?

Vejen til arbejdsmarkedet går gennem sundhedsvæsenet...

Der foreligger efterhånden en solid dokumentation for effekten af behandling af funktionelle lidelser. Det er bevist, at samtalebehandling (psykoterapi) under diverse former kan forbedre patienternes velbefindende og funktionsniveau samt reducere forbruget af sundhedsydelse. Endvidere er det bevist, at medicinsk behandling (primært midler mod depression) er effektiv for nogle patienter⁴³

De mest veldokumenterede behandlingselementer er farmakologisk behandling, fysisk genoptræning og kognitiv adfærdsterapi. Der er en vis evidens for effekten af at kombinere disse behandlingselementer⁴⁴

Fælles retningslinjer for behandlingen

Der mangler klare retningslinjer for behandling af patienter med funktionel sygdom. Det betyder, at det bliver noget tilfældigt, om og hvorledes den enkelte patient bliver behandlet.

Sundhedsstyrelsen har opstillet kliniske retningslinjer for behandling af flere store folkesygdomme. Det gælder f.eks. kronisk obstruktiv lungesygdom, diabetes og hjertekarsygdom. Retningslinjerne skal sikre en systematisk og sammenhængende behandling af patienten både i almen praksis og på sygehusene, og retningslinjerne bygger i videst mulig omfang på den foreliggende videnskabelige evidens på området.

⁴³ Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykologforening, Danske Psykiatere og Børne- og ungdomspsykiateres Organisation og Danske Regioner. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet. Debatoplæg. København: Danske Regioner, 2009.

⁴⁴ Schröder A, Fink P, Fjordback L, Frostholt L, Rosendal M. Behandlingsstrategi for funktionelle syndromer og somatisering. Ugeskrift for Læger 2010; 172: 1839-42

Sådanne retningslinjer foreligger ikke på indeværende tidspunkt for behandling af funktionel sygdom. Dansk Selskab for Almen Medicin har en arbejdsgruppe, der arbejder med en vejledning med forventet udgivelse i slutningen af 2011.

Der er særlig to aspekter, der understreger behovet for retningslinjer:

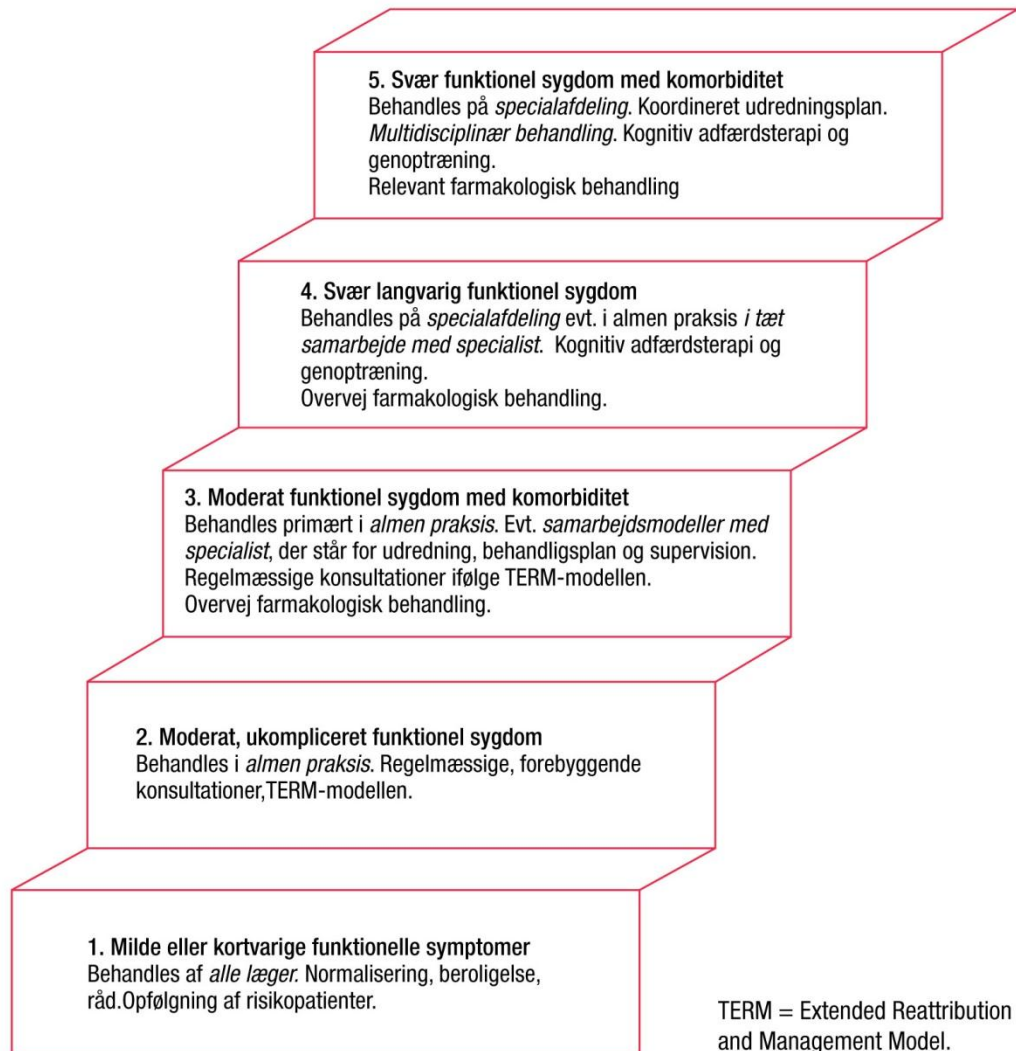
Tidlig diagnose	Det ene aspekt vedrører diagnosticering af funktionel sygdom. Her hersker unødigt stor usikkerhed. Det afgørende er at kunne udpege de patienter, der har en funktionel sygdom. Og samtidig udelukke den meget store gruppe af patienter, der har symptomer, der alligevel forsvinder af sig selv, og den meget mindre gruppe af patienter, der har symptomer på sygdom, der kan behandles medicinsk eller kirurgisk. En tidlig diagnose er forudsætningen for en optimal behandlingsplan.
Behandling på rette tid og sted	Det andet aspekt drejer sig om at sikre behandling af patienter med funktionel sygdom på det rette niveau i sundhedsvæsenet og at undgå talrige henvisninger til specialafdelinger. Langt de fleste patienter skal behandles i almen praksis, og kun de mere komplicerede eller svære tilfælde skal behandles i regionale specialenheder med tværfaglige team (læger, psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere og fysioterapeuter). Endelig kan kommunerne supplere behandlingen med sundhedsfremmetilbud som f.eks. fysisk træning.
Stepped care	Med udgangspunkt i erfaringerne fra Tyskland og Danmark er opstillet modeller for såkaldt stepped care og shared care, der skal sikre en rationel arbejdsdeling mellem almen praksis og de regionale specialistklinikker og de øvre sygehusafdelinger ^{45, 46} . Se figur 7.1. Modellen bygger på, at sygdommens sværhedsgrad og kompleksitet er afgørende for, hvor patienten behandles.

⁴⁵ Schröder A, Fin P, Fjordback L, Frostholm L, Rosendal M. Behandlingsstrategi for funktionelle syndromer og somatisering. Ugeskrift for Læger 2010; 172: 1839-1842

⁴⁶ Birket-Smith M, Lundsteen M, Epløv L. Shared care mellem almen praksis og psykiatri. Psykiatrisk Center, Bispebjerg, Psykiatrisk Center, Ballerup og Dansk Selskab for Almen Medicin

Figur 7.1. Model for behandling af funktionel sygdom i sundhedsvæsenet⁴⁷

Stepped care-model for behandling af funktionel sygdom. Modificeret efter [3, 4].



Behandlingen består typisk af elementer som tidlig opsporing og diagnostik, rådgivning og samtale med patienten om sygdommen, kognitiv terapi, farmakologisk terapi, fysisk genoptræning/afspændingsterapi⁴⁸.

Hvad skal der til?

Hvis behandlingsmodellen skal realiseres, vil det forudsætte:

1. Udarbejdelse af kliniske retningslinjer for tidlig opsporing, diagnostik og behandling af funktionel sygdom. Dette vil naturligt være en opgave for Sundhedsstyrelsen i samarbejde med de videnskabelige selskaber – herunder

⁴⁷ Schröder A, Fin P, Fjordback L, Frostholm L, Rosendal M. Behandlingsstrategi for funktionelle syndromer og somatisering. Ugeskrift for Læger 2010; 172: 1839-1842.

⁴⁸ Se f.eks. Region Sjælland Psykiatrien. Klinik for Liaisonpsykiatri. Hvad er Liaisonpsykiatri

ikke mindst Dansk Selskab for Almen Medicin, -, regionerne og kommunerne. Retningslinjerne skal specificere arbejdsdelingen mellem almen praksis, specialistiklinikkerne, sygehusafdelingerne i øvrigt samt kommunerne.

2. Uddannelse af praktiserende læger i brug af retningslinjerne – typisk i et omfang på 2-4 kursusdage. I nogle regioner indgår behandling af funktionelle sygdomme allerede i de praktiserende lægers grunddannelse, men det er ikke tilfældet i alle regioner. På tilsvarende vis har der været en vis efteruddannelse af færdiguddannede praktiserende læger specielt i Region Midtjylland, og i alt har formentlig cirka 200-300 læger ud af cirka 3.600 praktiserende læger har været på kursus. Der er således behov for en systematisk og landsdækkende uddannelsesindsats af de praktiserende læger.

3. Etablering af regionale specialklinikker for funktionel sygdom i alle regioner med tilstrækkelig kapacitet i forhold til samarbejde og henvisninger fra almen praksis og fra sygehusafdelingerne. I øjeblikket er der klinikker i Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden. Klinikernes kapacitet er dog ikke tilstrækkelig og dækkende. Klinikkerne skal behandle patienter, der er henvist af egen læge eller af sygehusafdelinger. Klinikkerne skal endvidere indgå i stepped care/shared care samarbejde først og fremmest med almen praksis, herunder kunne tilbyde telefonrådgivning, konferencer mv. i forbindelse med konkrete patientforløb.

4. Etablering af kommunale sundhedsfremmetilbud, herunder især fysiske træningstilbud. Kommunerne udbyder i disse år mange sundhedsfremmetilbud vedrørende kost, rygning og fysisk aktivitet. Specielt fysisk træning kan være vigtig. Mange patienter vil have smerter og måske være bange for at træne. Det er derfor vigtigt, at træningen gennemføres i samarbejde med en fysioterapeut eller anden sundhedsfaglig person, der kan vurdere, hvad den enkelte patient kan klare og har behov for.

Det vil kræve, at der afsættes midler til at realisere modellen, herunder midler til efteruddannelse af læger i almen praksis og etablering af de regionale specialklinikker. Udgifterne hertil skal ses i forhold til de besparelser, der vil kunne opnås ved et mere rationelt forbrug af sundhedsydelser samt muligheder for reduceret sygefravær og færre førtidspensioner.

Det skal yderligere understreges, at der løbende vil være behov for forskning med henblik på at sikre det bedst mulige dokumenterede grundlag for de kliniske retningslinjer.

7.2.2 Hvorledes skal den beskæftigelsesmæssige indsats være i forhold til patienter med funktionel sygdom?

Behandling og beskæftigelsesindsats skal hænge sammen

Den beskæftigelsesmæssige indsats skal være nøje koordineret med den behandlingsmæssige indsats. Ellers risikerer man, at de to indsatser modarbejder hinanden. Det er vanskeligt at gennemføre behandlingen, hvis der råder usikkerhed omkring forsørgelsesgrundlaget på kort og måske også længere sigt. Og omvendt skal behandlingsplanen i sundhedsvæsenet indgå som en del af en realistisk jobplan for vejen tilbage til arbejdsmarkedet. Der er således tale om gensidige processer, hvor behandling og beskæftigelsesindsats understøtter og influerer på hinanden.

Kommunernes Landsforening ønsker nytænkning

Kommunernes Landsforening finder i et debatoplæg om beskæftigelsesindsatsen⁴⁹, at der er behov for nytænkning, når det gælder sygemeldte. KL foreslår således:

- at der igangsættes et tværfagligt udviklingsarbejde for at sammensætte systematiske forløb, der sikrer, at sygemeldte med særlige lidelser tilbydes et kvalificeret og målrettet forløb
- at de nuværende regler for samtaler gøres fleksible, så de tager hensyn til, om den sygemeldte har behov for en samtale. F.eks. er der behov for hyppigere samtaler, hvis årsagen til sygdom/sygemelding er uklar, og der er risiko for langvarige forløb.

Arbejdsmarkedskommissionen forslag

Arbejdsmarkedskommissionen anbefaler, at indsatsen i forhold til den enkelte er **individuel, sammenhængende og langsigtet**⁵⁰. Det indebærer, at beskæftigelsesindsatsen skal samtænkes med den sociale, uddannelses- og sundhedsmæssige indsats. Fokus i forløbet skal være på, hvor de aktuelle barrierer er størst, og det skal frem for alt være muligt at stille fleksible krav i forbindelse med aktivering og fleksjob med individuel tilpasning til og gradvis optrapning i takt med, at helbredstilstanden bedres. Arbejdsmarkedskommissionen foreslår således, at blot dette at følge behandlingen i perioder kan betragtes som tilstrækkeligt, før en egentlig jobplan udarbejdes.

I forlængelse af Arbejdsmarkedskommissionens anbefalinger skal det understreges, at det forudsætter et **øget samarbejde mellem egen læge, evt. special-klinik, jobcenter og patienten.**

Samarbejdet kan blandt andet fremmes gennem kompetenceudvikling, screening og brug af forløbskoordinatorer. I foregående afsnit er nævnt behovet for retningslinjer for behandling af funktionelle sygdomme. Disse retningslinjer skal ikke kun beskrive sundhedsvæsenets indsats, men også samspillet med den sociale og beskæftigelsesmæssige indsats, og retningslinjerne vil derfor udgøre fundamentet for samarbejdet mellem de forskellige sektorer.

⁴⁹ Kommunernes Landsforening. Nytænkning af beskæftigelsesindsatsen. Oktober 2010

⁵⁰ Arbejdsmarkedskommissionen. Velfærd kræver arbejde. København, august 2009

Kompetenceudvikling

En forudsætning for et styrket samarbejde er **kompetenceudvikling af medarbejdere i jobcentrene og hos andre leverandører inden for beskæftigelsesområdet** på tilsvarende vis som uddannelse af de praktiserende læger. Hermed kan der skabes en fælles forståelse af, hvad funktionel sygdom er, og hvad hver sektor kan bidrage med.

Kompetenceudviklingen kan f.eks. vedrøre tidlig opsporing/screening af borgere med tegn på funktionel sygdom, kendskab til sygdoms fremtrædelsesformer, forløb og behandlingsmuligheder, samtaleteknikker med borgerne samt forhold, der i særlig grad skal tages hensyn til ved i forbindelse med sygedagpenge, jobplaner og aktivering, revalidering, fleksjob og førtidspension.

Et forsøg med kompetenceudvikling er netop afsluttet i Jobcenter Vest, Århus⁵¹. Sager vedrørende funktionelle lidelser blev samlet i et specialteam af medarbejdere, der dels gennemgik kurser i samtaleteknik, dels afprøvede forskellige nye tilgange til sagsbehandlingen. Kurserne i samtaleteknik fokuserede særlig på at afdække, hvilke fase den sygemeldte er i sit sygdomsforløb og afpasse kommunikation og indsats i forhold hertil. Målet med at nedbringe varigheden af sygemeldingen blev ikke opfyldt, men der var tendenser til, at udfaldet af sagerne blev bedre, idet en noget større andel kunne raskmeldes til arbejde eller uddannelse end i tilsvarende sager. Endvidere var selvforsørgelsesgraden 18 uger efter endt fravær noget større.

Screening i jobcentrene

Der er udviklet forskellige screeningsværktøjer, som bør afprøves systematisk i jobcentrene og hos andre leverandører inden for beskæftigelsesområdet. **Screeningen** har til formål at spore medarbejderne ind på, hvornår der hos en borger kan være tale om funktionel sygdom, og om borgeren skal henvises til egen læge med henblik på videre udredning. Screeningsværktøjet skal være fælles for sundhedsvæsen og jobcenter og vil derfor være et værktøj, der i sig selv vil fremme koordinationen mellem de to områder. Screening kan være særlig relevant i forhold til ikke-arbejdsmarkedsparate borgere, langtidssygemeldte i mere end 8 uger og ansøgere til førtidspension.⁵²

Forløbskoordinator

Mange sager med funktionel sygdom er langvarige og komplicerede med mange aktører. Der vil derfor være behov for en **forløbskoordinator**, der har ansvaret for at sikre sammenhæng og fremdrift i forløbet. Borgeren skal være motiveret og aktiv, familie og netværk skal være med på sidelinjen, og relevante aktører, herunder også arbejdspladsen, skal inddrages i rette tid. Koordinatoren skal have indsigt i alle aktørers opgaver og vilkår, ligesom koordinatoren har et overblik over det hidtidige forløb, som andre aktører kan trække på.

⁵¹ Discus. Slutevaluering af projektet "Når arbejdsdagen skal generobes". Århus: Jobcenter Vest, 2010

⁵² Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykologforening, Danske Psykiatere og Børne- og ungdomspsykiateres Organisation og Danske Regioner. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet. Debatoplæg. København: Danske Regioner, 2009

Koordinatoren behøver ikke nødvendigvis at være den samme under hele forløbet, men kan måske skifte afhængig af, hvilke indsatser der aktuelt er de centrale i forløbet. Koordinatoren er ikke en ny sagsbehandler, men en af de fagpersoner, der er i kontakt med borgeren. I en fase kan det være en socialrådgiver i den sociale forvaltningen, i en anden fase kan det være en medarbejder i sundhedscentret i kommunen, og i en tredje fase kan det være en medarbejder i jobcentret.

7.2.3 Hvor mange førtidspensioner for funktionel sygdom kan forebygges?

Der tilkendes årligt 16-17.000 førtidspensioner. Et meget konservativt skøn er, at omkring 10 % af dem er i forbindelse med funktionel sygdom. Andelen er formodentlig større, fordi diagnosen kan skjule sig under andre store diagnosegrupper som sygdomme i bevægeapparatet og psykiske lidelser.

En tredjedel af disse førtidspensioner kan formodentlig undgås gennem en relevant behandlings- og socialindsats. En betydelig større andel vil kunne forebygges, hvis indsatsen iværksættes på et meget tidligere tidspunkt, end det tiden er tilfældet for tiden.

Et kvalificeret gæt er således, at der mindst vil kunne forebygges omkring 600-800 førtidspensioner årligt. Antallet kan meget vel blive betydelig større ved en målrettet behandlings- og social indsats over for borgere med funktionel sygdom.

8 Konkrete forslag til regeringens førtidspensionsreform

Regeringens forslag til en førtidspensionsform indeholder 7 konkrete initiativer. I nedenstående tabel beskrives indholdet af de syv initiativer, og der gives konkrete forslag til, hvorledes initiativerne kan udvides til også at omfatte borgere med funktionelle lidelser.

Regeringens initiativer for en forstærket indsats for at forebygge førtidspension	Regeringens forslag	Forslag for borgere med funktionel sygdom
Initiativ 1: Udviklingsforløb for unge	<ul style="list-style-type: none"> • Et individuelt tilrettelagt udviklingsforløb på op til fem år • Forløbet kan fx indeholde psykologhjælp, "lær at leve med"-kurser for angst og depression, virksomhedspraktik, behandling hos læge, behandling for misbrug mv. 	<ul style="list-style-type: none"> • Et udviklingsforløb vil være velegnet til borgere med funktionel sygdom, fordi sygdomsforløbet ofte er længerevarende med mulighed for gradvise bedringer af funktionsevnen og tilbagefald. • Det afgørende er, at behandling er nøje koordineret med aktiveringsindsatsen og de øvrige indsatser, og at der i komplicerede sager udpeges forløbskoordinator til at sikre koordinering og overblik, jf.

		<p>afsnit 6.2.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sundhedsvæsenets behandling bør baseres på evidensbaserede kliniske retningslinier (x. udarbejdet af Dansk Selskab for Almen Medicin), stepped/ shared care og regionale specialklinikker for funktionel sygdom, jf. afsnit 6.2.1
Initiativ 2: Kampagne, guide og forsøg med udviklingsforløb	<ul style="list-style-type: none"> • Opstartspakke til kommunerne med opstartskampagne, guide til jobcentre og socialforvaltninger for at styrke og systematisere indsatsen • Forsøg på flere jobcentre for at udvikle nye metoder og evaluere, hvad der virker, og hvad der ikke virker 	<ul style="list-style-type: none"> • Opstartspakken bør også omfatte funktionel sygdom • Forsøg bør også omfatte funktionel sygdom, og forsøgene bør i særlig grad rette sig mod indholdet af udviklingsforløbet og samspillet mellem behandlingsindsatsen og de øvrige indsatser, herunder tidlig opsporing, jf. afsnit 6.2.2
Initiativ 3: Efteruddannelse for medarbejdere i jobcentre	<ul style="list-style-type: none"> • Efteruddannelse med henblik på, at medarbejdere i jobcentre kan tilrettelægge udviklingsforløb for unge med psykiske lidelser 	<ul style="list-style-type: none"> • Efteruddannelsen bør også omfatte funktionelle sygdomme • Efteruddannelsen bør styrke medarbejdernes kompetencer med hensyn til tidlig opsporing af symptomer på funktionel sygdom, kendskab til sygdommens fremtrædelsesformer, forløb, behandlingsmuligheder, samtaleteknikker med borgere med funktionel sygdom samt forhold, der i særlig grad skal tages hensyn til i

		<p>forbindelse med sygedagpenge, jobplaner og aktivering, revalidering, fleksjob og førtidspension, jf. afsnit 6.2.2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efteruddannelsen bør ikke kun omfatte medarbejdere på jobcentre, men også nøglemedarbejdere hos andre leverandører inden for beskæftigelsesområdet, jf. afsnit 6.2.2
<p>Initiativ 4:</p> <p>Efteruddannelse for lægekonsulenter</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale lægekonsulenter tilbydes efteruddannelse om psykiske lidelser, herunder behandlingsmuligheder og prognoser for helbredelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Efteruddannelse bør også omfatte funktionelle sygdomme • Målgruppen for efteruddannelse bør udvides til også at omfatte praktiserende læger, jf. afsnit 6.2.1
<p>Initiativ 5:</p> <p>Efteruddannelse for socialforvaltninger om førtidspension</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kursusforløb for sagsbehandlere mhp at forbedre sagsbehandlingen på førtidspensionsområdet generelt og skabe fokus på, hvad nye regler for udviklingsforløb og fleksjob vil betyde for tilkendelse af førtidspension 	<ul style="list-style-type: none"> • Kursusforløbet bør også omfatte funktionelle sygdomme
<p>Initiativ 6:</p> <p>Hotline til psykiater for sagsbehandlere i jobcentre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medarbejdere skal have mulighed for at kontakte lægefaglig ekspertise på det psykiatriske område 	<ul style="list-style-type: none"> • Behovet for lægefaglig ekspertise udover den praktiserende læge og den kommunale lægekonsulent bør dækkes via regionale specialklinikker for funktionel sygdom

Initiativ 7: Kommunerne får nedsat refusion for førtidspension	<ul style="list-style-type: none">• Nedsat refusion forventes at øge kommunernes forebyggende indsats	<ul style="list-style-type: none">• Intet særligt forslag
---	---	---

9 Oversigt over forskningsprojekter, som TrygFonden har ydet støtte til i 2009 og 2010

9.1.1 Diagnostik og samtale

1. Italesættelse af funktionelle lidelser mellem læge og patient

Ansøger vil i et ph.d. forløb videofilme 50 konsultationer mellem patienter med funktionelle symptomer og deres praktiserende læger. Dernæst skal ikke bare de talte ord, men også kropssprog mv. analyseres. Ansøger vil især arbejde med det forhold, at forskning tyder på at patienter med funktionelle lidelser i de tidlige møder med sundhedsvæsnet langt fra er fikseret på at få en somatisk forklaring eller diagnose, overgå til pension eller lignende. Det er snarere lægen, der arbejder med at lede efter en somatisk diagnose, og dermed kan risikere at fremme en sygdomsorientering af patienten. Resultaterne af projektet kan indføres i undervisning og retningslinjer for praktiserende lægers arbejde.

2. Overser læger fysisk sygdom når diagnosen funktionel lidelse stilles?

Ansøger vil undersøge alle patienter, der har været igennem klinikken, hvor ansøger arbejder, med henblik på at afklare om disse patienter alligevel havde somatisk sygdom, som blev overset. Det er et væsentligt spørgsmål af interesse for patientsikkerhed, at patienter f.eks. ikke behandles med psykoterapi, når de faktisk lider af en somatisk sygdom. Undersøgelsen er tænkt gennemført som et registerstudie, hvor patienternes videre færd følges i diverse registre.

3. Udredning og håndtering i almen praksis af irriteret tyktarm

Projektet omhandler irriteret tyktarmssyndrom, der er funktionel lidelse præget af mavesmerter og hyppig afføring. Mange patienter har været igennem talrige resultatløse udredninger før diagnosen stilles. Ansøger vil afprøve om det er muligt, frem for at stille diagnosen som en såkaldt udelukkelsesdiagnose (symptomerne + talrige resultatløse undersøgelser = irriteret tyktarmssyndrom), i stedet at stille diagnosen i almen praksis ved hjælp af en række spørgsmål, en undersøgelse af patienten og en blodprøve. Det er håbet, at det mere skånsomme og billige undersøgelsesprogram vil øge patienternes livskvalitet, medføre færre omkostninger og vel at mærke ikke overse væsentlige sygdomme. Der er tale om et lodtrækningsforsøg med 150 patienter. Ansøger har fra andre kilder skaffet 2,4 mio. kr. og kan med bevilling færdiggøre projektet.

4. Funktionelle symptomer hos børn

Projektet omhandler en undersøgelse af 6000 børn fra kommuner i det daværende Københavns Amt. De blev født i år 2000 og er undersøgt flere gange bl.a. en gang i femårsalderen for funktionelle symptomer. Det er nu planen at genundersøge dem som 11-årige. Ansøger vil se på om funktionelle symptomer er konstante over tid, hvorledes de relaterer sig til helbredsangst (tidl. hypokondri), også hos deres forældre, og hvilket træk børnene har haft på sundhedsvæsenets ydelser, herunder medicinforbrug. Det er en væsentlig hypotese, at hyppig kontakt med resultatløse undersøgelser i sig selv kan fremme funktionelle symptomer. Muligvis kan undersøgelsen også afdække årsager til funktionelle lidelser i den tidlige barndom.

5. Odontologiske aspekter ved somatiseringshovedpine

Ansøger er specialist i behandling af patienter med kronisk hovedpine, kæbledsproblemer og andre smertetilstande. I forbindelse med MPH studie vil ansøger tage udgangspunkt i data fra en allerede gennemført lodtrækningsundersøgelse. Her er 1785 patienter blevet særdeles grundigt interviewet med det mest udbyggede psykiatriske diagnoseværktøj SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry). Af disse havde 273 problemer med hovedpine, tand-, mund- eller kæbesmerter. Ansøger vil så lave en analyse af denne delpopulation med henblik på nærmere at karakterisere patienter med somatiseringsproblemer, som de vil vise sig for en praktiserende tandlæge. Ansøger vil især lægge vægt på, om der er en særlig høj forekomst af psykisk sygdom blandt patienterne samt hvor stort deres træk på tandlægeydelser egentlig er.

9.1.2 Behandling

6. Mindfulness-baseret kognitiv terapi til patienter med svære funktionelle lidelser

Ansøger søger restfinansiering til et projekt om mindfulness-baseret kognitiv terapi virker på patienter med svære funktionelle lidelser. Kernen i mindfulness er en række teknikker, hvor patienten opøver at slappe af og undlade at lade sig stresse af kroppens signaler. Øvelsen er i højere grad, at accepterer signaler og fornemmelser som de kommer, også prøve at undgå at de får magten over en. Denne accepterende tilgang er en markant ændring i forhold til klassiske kognitive terapi, hvor man træner i at blive bedre til rationelt at kontrollere ens negative følelser med henblik på at de så gradvist svinder ind. Indsatsen måles overfor en kontrolgruppe i et lodtrækningsforsøg. Kontrolgruppen modtager en psykiatrisk samtale med en læge. I alt 120 patienter deltager.

7. Patienter med funktionelle lidelsers oplevelse og håndtering af stress/belastning

Der er tale om et kvalitativt studie, hvor ansøger meget grundigt vil interviewe 24 personer før og efter de har modtaget mindfulness-baseret kognitiv terapi. Formålet er at trænge dybere ned i hvad patienterne egentlig får med eller ud af terapien. F.eks. er der i undersøgelser målt effekter både på angst, depression og stress, men hvordan oplever patienterne dette, hvilke af terapiens begreber og teknikker anvender de osv.

8. Behandling af stressrelaterede funktionelle symptomer – randomiseret undersøgelse af effekten af et stresshåndteringsprogram

Ansøger vil afprøve et ambitiøst behandlingsprogram mod stress. Det er sammensat af flere elementer: stresshåndteringssamtaler, dialog med arbejdspladsen, mindfulness-træning og en motionsplan. Forløbet strækker sig over 4 måneder, hvor deltagerne får 8 samtaler og deltager i et otte ugers gruppekursus om mindfulness træning. Der inkluderes 210 sygemeldte deltagere, hvoraf en tredje får indsatsen, en venter 4 måneder før indsatsen iværksættes og endelig får en gruppe konventionel psykologbehandling. Effekten måles på hastigheden i tilbagevenden til arbejde, arbejdsmarkedstilknytning efter et år samt symptomniveau og en række fysiologiske mål for stress.

9. Effekten af en psyko-educativ DVD og kortvarig psykologisk intervention efter akut whiplash-traume

Ansøger vil undersøge effekten af at uddele en DVD og give en kortvarig psykoterapi til patienter, der fortsat seks uger efter et færdselsuheld har nakkesmerter. DVDen indeholder en beskrivelse af hyppige forløb med nakkesmerter, interview med en patient, der er kommet sig, en række forslag til egenbehandling og en samlende beskrivelse af smerterne som forårsaget af muskelspændinger og deres mulige fysiske og følelsesmæssige triggere. Derudover gives 5 gange en ugentlig terapisesion med udgangspunkt i en variant af kognitiv adfærdsterapi, hvor der er vægt på at undgå overdrevne forsøg på at undgå smerte, bearbejde negative opfattelser af uheldet og symptomer og endelig motivere patienten til at engagere sig i at undgå at ende i sygerolle. Terapien er forholdsvis enkel og standardiseret og kan dermed let overføres til praksis. Effekten undersøges i et lodtrækningsdesign, hvor kontrolgruppen modtager en DVD med afspændingsøvelser. I alt 300 patienter inddrages, så der er tale om et ganske stort projekt.

9.1.3 Patientuddannelse

10. The Chronic Pain Self-Management Program – patientuddannelse til patienter med kroniske smerter

Ansøger vil introducere et program, der er udviklet af McGill University, Montreal og Stanford University, Californien, i Danmark. Programmet der er bygget over det særdeles vellykkede ”Lær at leve med kronisk sygdom” som TrykFonden har støttet. Programmet anvendes for tiden af 80 ud og 98 kommuner. Der foreligger pt. et enkelt lodtrækningsforsøg med dette program, der påviser færre smerter, mindre afhængighed af andre, højere livskvalitet mv. Kernen i programmet er to instruktører, der er frivillige, og hvoraf mindst den ene selv er tidligere smertepatienter. Instruktørerne gennemfører en ugentlig undervisningsaften over seks uger efter et stramt styret forløb. Deltagerne har ikke nødvendigvis alle funktionelle lidelser med smertesymptomer, men kan have alle lidelser, der giver kronisk svære smerter. Ansøgningen omfatter køb af licens, oversættelse, pilotafprøvning og udrulning i 40 kommuner samt en evaluering baseret på et lodtrækningsforsøg.

11. Virkningerne af patientuddannelsen "Lær at leve med kroniske smerter"

Projektet har til formål at lave en effektmåling af kurset "Lær at leve med kroniske smerter" for smertepatienter. Kurserne forestås af særligt optrænede patienter, der følger en fast manual/mødeplan baseret på et canadisk koncept, der i øvrigt svarer til kurserne "Lær at leve med kronisk sygdom". De offentlige omkostninger er derfor beskedne. Kurserne omfatter seks runder a 2,5 times varighed. Der er indbygget en lodtrækning, så når der er 24 tilmeldte i en kommune afvikles kurset for 12 udtrukne patienter. I alt godt 400 patienter inkluderes i undersøgelsen fordelt på interventions- og kontrolgruppe. Effekterne måles på anerkendte smerteskalaer, forbrug af sundhedsydelser inkl. receptmedicin, sygedage samt en række mere sundhedspsykologiske spørgsmål.

9.1.4 Arbejdsmarked

12. Funktionelle lidelser og arbejdsmarked – barrierer og muligheder

Ansøger vil tage udgangspunkt i de personer, der allerede har fået stillet diagnosen en funktionel lidelse i landspatientregistret eller i det psykologiske centralregister. Det drejer sig f.eks. om kronisk træthedssyndrom, fibromyalgi, kolon irritable, udbrændthed og en række såkaldt somatoforme tilstande. Skønsmæssigt registreres 3500 personer årligt med disse forholdsvis tunge funktionelle diagnoser. En række andre patienter med funktionelle lidelser får formentlig angst eller depressionsdiagnoser og visse muskelskelet-lidelser, men disse bliver ikke inddraget. Derefter sammenholdes personer med diagnose fra 2005-2008 med registre over træk på sundhedsvæsnets ydelser, overførselsindkomster, beskæftigelsesstatus mv. Ansøger ønsker at supplere denne analyse med 15 patientinterview og en gennemgang af 6 cases i kommunerne, hvor der indhentes oplysninger fra alle deltagerne.

13. Arbejdsmæssige årsager til funktionelle lidelser

Ansøger søger til to projekter. Det første består i en opfølgingsanalyse blandt 6348 SOSU assistenter med et omfattende observationsprogram på 60 arbejdsenheder, seks fokusgrupper og en række registersammenkoblinger. Andet delprojekt består i at lave analyser af tre meget store løbende undersøgelser hos ansøger. Her er 28.769 personer blevet udspurgt, for manges vedkommende endda flere gange, om en lang række såkaldt "subjektive helbredsklager". Det er tanken, at sammenholde disse registreringer med en række foreslåede definitioner af funktionelle lidelser. Samtidig kan personerne følges i en lang række registre, bl.a. også om de ender på førtidspension, og om meget omfattende kontakt med sundhedsvæsnet har øget sandsynligheden for herfor.

14. Langtidssygemeldte med funktionelle lidelser i sygedagpengesystemet

Ansøger vil undersøge, om en særlig indsats for at bringe langtidssygemeldte i arbejde også virker for personer med funktionelle lidelser. Indsatsen består i, at der nedsættes særlige "tilbage til arbejde" koordinatorer i kommuner, der har ansvaret for at koordinere arbejdet med at få den sygemeldte i arbejde igen ved at samarbejde med arbejdsplads, behandlere, den sygemeldte osv. Der er tale om et meget stort lodtrækningsforsøg, der er planlagt at køre i et stort antal kommuner og dække alle former for langtidssygemeldte. TTA-projektet finansieres af Forebyggelsesfonden. Ansøger vil undervejs i forløbet få udrett et

stort antal patienter for i alt at identificere 520 langtidssygemeldte med funktionelle lidelser, der fordeles på interventions- og kontrolgruppe. En anden del af ansøgningen omfatter en kvalitativ undersøgelse af de samme langtidssygemeldte.

9.1.5 Netværk, formidling og uddannelse

15. Drift af Udviklingsforum om Funktionelle Lidelser

Ansøgerne vil gerne være webmaster for hjemmesiden ”Udviklingsforum for funktionelle lidelser” (www.uffu.dk), der har været et forum for skabelse af netværk omkring forskere og praktikere, der arbejder med funktionelle lidelser. Hjemmesiden er udviklet og initialt drevet af konsulenthuset Dansk Kommunikation.

16. Formidling og uddannelse vedrørende funktionelle symptomer og lidelser

Ansøger har koblet to overordnede projekter i ansøgningen. Det ene er at etablere en fastere struktur omkring kurser for praktiserende læger med udgangspunkt i TERM-modellen og udvide TERM-kurset til nye målgruppen. Det andet projekt er bredere formidling til den brede befolkning og til faggrupper udenfor sundhedsvæsnet. Dette delprojekt omfatter etablering af hjemmeside, afholdelse af konference, kurser for socialrådgivere, revideret oplag af folkelig bog om funktionelle lidelser.

10 Oversigt over fagpersoner, der er interviewet i forbindelse med udarbejdelse af dette oplæg

- Anne Buhl, projektleder for "Når arbejdsdagen skal generobres", Jobcenter Århus - Syd
- Claus Vinther Nielsen, forskningsleder, ledende socialoverlæge, ph.d, Center for Folkesundhed Region Midtjylland og Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
- Emma Rehfeld, overlæge, Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik Århus Universitetshospital Århus Sygehus
- Frede Olesen, professor, dr. med., forskningsleder. Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet
- Grith Ingvorsen, socialrådgiver, teamleder for Jobpakken, Incita – aktør inden for beskæftigelsesområdet, København
- Lene Epløv, ledende overlæge, ph.d., Projektenhed for psykiatrisk rehabilitering, Psykiatrisk Center Ballerup
- Marianne Rosendal, praktiserende læge og seniorforsker, ph.d., Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet
- Mogens Haulund Andersen, Socialfaglig projektkoordinator, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
- Per Fink, professor, ledende overlæge, ph.d. og dr.med., Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik Århus Universitetshospital Århus Sygehus

Jeg har søgt min kommune om førtidspension og er i den forbindelse sendt i arbejdsprøvning. Jeg lider af kroniske smerter og er så invalideret af det, at jeg har problemer med mange ting i hverdagen, så som at lave mad, vaske mig m.m.. Endvidere har jeg en somatiserings sygdom, som viser sig på den måde, at jeg reagerer med spændinger og forøgede smerter på belastninger, krav m.m. Jeg har været på et 3 ugers forkursus til arbejdsprøvning og havde mange problemer med at gennemføre det, måtte gå efter 2 timer og måtte sygemelde mig mange af dagene.

Der har nu igennem nogle uger været tale om diverse former for arbejdsprøvning, og bare det at tale om det, har gjort at jeg har reageret med somatisering, dvs. forøgede spændinger og forøgede smerter. Jeg er nu endnu mere smerteplaget end tidligere og magter i denne situation ikke andet end at møde op og gå hjem igen til en given arbejdsprøvning. Er det hvad jeg skal gøre? Det bliver jeg vel ikke mere afklaret af – som de kalder det – eller er der ikke nogen mulighed for at en psykiater/læge kan udtale sig om at jeg er 'uegnet' til arbejdsprøvning el. lign. ...

Hvilke muligheder er der for at undgå arbejdsprøvning uden at det går ud over min ansøgning om førtidspension?

Spørgsmål til Sr-Bistands netbrevkasse 21.10.2004