

brønshøj stress- og smerteklinik
brønshøjvej 62
2700 brønshøj

tel. 33 24 27 23
anne@stress-smerteklinik.dk
www.stress-smerteklinik.dk



Sundhedsudvalget, Folketinget
Christiansborg
1240 Kbhvn. K

Att: Liza Christensen

20-2-07

Ønske om foretræde for Sundhedsudvalget.

Undertegnede ønsker foretræde for Folketingets Sundhedsudvalg, fordi vi har nogle mulige bud/forklaringer på de stigende udgifter i sundhedsvæsnet og de manglende behandlingsmuligheder for stress, depression og kroniske smertetilstande.

Vi ønsker en mundtlig fremlæggelse og efterfølgende dialog med hele udvalget optimalt af en times varighed, men ellers hvad, der er mulighed for.

Vi vedlægger vores artikel om emnet

Venlig hilsen

Inger Nørreskov Jensen, cand.jur. og psykoterapeut, lektor på Den Sociale Højskole, Kbh.

Anne Køppe, cand.psych.aut.specialist i psykoterapi

Birgitte Bisted, cand.psych.aut.specialist i sundhedspsykologi og fysioterapeut

Birgitte Bisted

PATIENTKONTAKT OG SYGDOMSOPFATTELSE I SUNDHEDSVÆSEN OG DET SOCIALE "VÆSEN"

Anne Køppe, cand. psych. aut. specialist i psykoterapi, privatpraktiserende psykolog.
Inger Nørreskov Jensen, cand.jur. lektor på Den Sociale Højskole, Kbh
Birgitte Bisted, cand. psych. aut. specialist i sundhedspsykologi, privatpraktiserende psykolog og fysioterapeut

Konsekvensen af det dominerende naturvidenskabelige sygdomsbegreb har bl.a. betydet en nedprioritering af kontakten til sygdomsbæreren, hvilket har vist sig at få nogle utilsigtede konsekvenser. Indenfor de seneste år har sundhedsvæsen såvel som socialvæsen derfor rettet søgelyset imod kvaliteten af kontakten til patienterne i forsøget på at forbedre denne, men uden at inddrage det grundlag man skal tale ud fra.

I forbindelse med patientkontakt taler man om grundig information og klar kommunikation i sundhedsvæsenet, og i det sociale væsen taler man om, at borgerens egenoplevelse skal i centrum. Men det somatiske sygdomsbegreb som grundlag for kontakten eksisterer stadig. Samtidig skal systemerne være rationelle og tidsbesparende, hvorfor kontakten til patienterne nedprioriteres, så den i praksis alligevel ikke kan leve op til intentionerne om forbedring. Sundhedsvæsenet organiseres derfor fortsat omkring stadig mere højteknologi. Derved vanskeliggøres stadigvæk en klar og entydig kommunikation til sygdomsbæreren, endskønt kommunikation og information stadig kun er en envejs kommunikation i overensstemmelse med opfattelsen af, at kun behandlerne ved noget om kroppen. I det sociale væsen skal respekten for borgerens egenoplevelse praktiseres via kategorisering af borgeren og skematiseret samtale.

At der ligger en grundlæggende modsætning i ovenstående, er man ikke bevidst om, hvorfor systemerne imod hensigten bliver langt dyrere at administrere, fordi de ikke kan administreres entydigt.

Vi skal i det følgende forsøge at anskueliggøre, hvordan de modsatrettede tendenser i hjælpesystemerne, imod hensigten, kommer til at bremse for en mere entydig dialog med borgeren om helbred og sygdom, en dialog, som i forbindelse med de sygdomstilstande vi skal beskæftige os med her, kan være selve forudsætningen for at kunne hjælpe.

Højteknologien i sundhedsvæsenet er udsprunget af et somatisk sygdomsbegreb, hvis forklaringsværdi med tiden er blevet stadig mere utilstrækkeligt i forhold til de omsiggribende livsstilssygdomme og stressrelaterede sygdomme, bl.a. de kroniske smertetilstande. Disse tilstande belaster hjælpesystemerne stadig mere i et samfund som det danske.

Det ovenfor nævnte dominerende somatiske sygdomsbegreb kræver synlige iboende målbare fund for at blive forstået som en sygdom i sig selv, som grundlag for en klart afgrænset objektiv diagnose. Med det udgangspunkt bliver psyken hurtigt kastet af som umålelig og dialogen og egenoplevelsen med den. Et somatisk sygdomsbegreb kan derfor ikke forklare en sygdomstilstand, hvor det primært er psyken, som er drivkraften i sygdomsudviklingen. Der viser sig da også tendenser i sundhedsvæsenet, som åbent argumenterer for, at fx. kroniske smertetilstande, ofte invaliderende tilstande uden overensstemmelse

imellem objektive fund og subjektive klager, ikke hører til i sundhedsvæsenet, idet de ikke kan forstås som sygdom. Da omtalte smertetilstande ofte kan ødelægge folks liv, må der siges at være et forklaringsproblem et sted, men alligevel står det somatiske sygdomsbegreb ikke til diskussion.

Men at spare kontakten til patienterne væk, viser sig at få nogle konsekvenser, som bl.a. Peter Elsass har gjort opmærksom på (Elsass Peter dec.1997) (1), - idet han siger: "mange patienter følger i overraskende høj grad ikke lægens anvisninger. Selvom den lægeligt stillede diagnose og efterfølgende behandling er tilrettelagt efter de mest moderne og gennemtænkte videnskabelige og teknologiske procedurer, er det undertiden omkring 50 % af patienterne, der alligevel ikke følger lægens råd og anvisninger." At det kan gå så galt, mener Elsass, hænger sammen med udviklingen af medicinen, hvor lægen (modsat psykologen, kunne man tilføje) bliver mindre afhængig af patientens egen opfattelse af sine symptomer, hvilket ifølge Elsass ændrer kommunikationen mellem læge og patient radikalt.

De nye "motorveje" i sundhedsvæsenet.

I forsøget på at råde bod på nogle af de mest u hensigtsmæssige konsekvenser af det højteknologiske sundhedsvæsen, bl.a. den ovenfor nævnte utilstrækkelige kommunikation læge/patient imellem, har der udviklet sig nogle tiltag, i form af forsøg og ph.d. projekter, ofte placeret i amternes sygehusregi. Disse tiltag kaldes i nogle sammenhænge for "de nye motorveje". Ud over at forbedre kontakten til patienterne er de et forsøg på at afkorte ventetiden i behandler systemet, et forsøg på at sikre at patienten kommer til så hurtigt som muligt efter symptomdebut (helst indenfor 3 mdr.) og et forsøg på at begrænse antallet af undersøgelser.

Disse tiltag har som nævnt mange fællestræk. Man taler om systematisk information til patienten, om grundig formidling, og klar kommunikation. Men man ønsker også, at forbedre kontakten mellem behandlerne indbyrdes omkring den enkelte sag, idet man organiserer de forskellige behandlere i såkaldte tværfaglige teams.

Samtidig ønsker man at fjerne ventetider på behandlerkontakt, idet man har erfaring for, at jo flere undersøgelsesmetoder man udvikler, desto længere tid tager det for patienten at komme igennem undersøgelsesproceduren. Endelig er man meget fokuseret på at koordinere de mange forskellige aktører i den enkelte patients sag, i særlig grad patientens arbejdsplads samt kommunens socialforvaltning.

Når kontakten imellem de involverede parter i en sag om sygdom, igen bliver interessant, tyder det på, at de højteknologiske målinger af sygdom ikke altid peger direkte på en behandling. Det er samtidig ofte de sygdomstilstande, hvor symptomklagerne ikke er i overensstemmelse med målingerne. Når de højteknologiske målinger ikke automatisk peger på en behandling, som samtidig reducerer symptomklagerne fra patienten, opstår der et grundlæggende problem i den sygdomsbehandling, som stadigvæk hovedsagelig bygger på medicinsk højteknologi. Et problem som bl.a. kunne resultere i, at mange patienter, med Elsass ord, ikke følger den angivne behandling alligevel. Man må altså forsøge at supplere højteknologien med geninddragelse af noget af den menneskelige kontakt, som gik tabt med udviklingen af medicinen.

Ovenstående situation ville ikke være opstået, hvis ikke sygdomme ændrede sig gennem historien. Hvis

man forestillede sig et sundhedsvæsen, som udelukkende skulle tage sig af brækkede ben og lign., var samtalekontakten til patienten sekundær. Det samme var kontakten imellem de involverede behandlergrupper, idet proceduren for behandling, med rette i dette tilfælde, ville være planlagt i store træk på forhånd. Der ville heller ikke være behov for inddragelse af andre aktører i sagen, idet det ville være forholdsvis gennemskueligt, hvornår den pågældende ville være rask igen.

Kan tværfaglige teams fungere naturvidenskabeligt!

Til forbedring af kontakten med patienten arbejder man ofte i tværfaglige (somatisk uddannede) teams, dels med det formål at formidle enslydende information til patienten, dels ønsker man at effektivisere undersøgelsesproceduren.

En af repræsentanterne for den nye udvikling i sundhedsvæsenet er Rygambulatoriet i Ringe (Manniche Klaus april 2001) (2), hvor behandlerteamet angiveligt også er organiseret tværfagligt, bestående af læge, fysioterapeut og kiropraktor. De fungerer på den måde, at patienten kan møde en af de tre fagpersoner til forundersøgelsen, som i øvrigt betegnes som den vigtigste enkeltydelse. Fagpersonen, der foretager forundersøgelsen, kan derefter, hvis det skønnes nødvendigt, henvise til en anden fagperson i teamet.

Men når det bliver sekundært, hvilken fagperson man møder til første undersøgelse, betyder det, at fagene sidestilles, og at man samtidig tager udgangspunkt i den laveste fællesnævner i fagene.

Men i begrebet tværfaglighed ligger nærmest det modsatte, nemlig en ide om, at flere forskellige men samarbejdende fag, netop ved det enkelte fags særkende kan udvikle en viden, der ligger ud over det enkelte fags faggrænser. Det betyder, at en fælles genstand, som hvert fag har sin tradition for at vurdere, ved sit tværfaglige samarbejde får flere facetter med, end man hver for sig allerede havde, hvorved forståelsen bliver dybere, ikke mindst af det man hver for sig vidste i forvejen. En dybere forståelse betyder en ny forståelse, en ny fælles viden.

Men for at nå så langt må alle medlemmer kunne flytte sig i forhold til egne faggrænser, og spørgsmålet er, om det overhovedet er muligt at arbejde reelt tværfagligt med udgangspunkt i et somatisk sygdomsbegreb, som er afhængig af målbare og stadig mere specialiserede og afgrænselige fund som baggrund for præcis diagnosticering.

Problemet med at arbejde på tværs af faggrænser eksisterer allerede i det etablerede sundhedsvæsen som et problem imellem medicinske specialer.

I en almindelig undersøgelsessituation betyder det, at det på forhånd er struktureret, hvordan givne dysfunktioner i kroppen skal undersøges. Men denne "forhåndsstrukturering" er forskellig fra speciale til speciale. Hvis vi tager udgangspunkt i en lænderyg, kan man i princippet blive henvist til en rheumatolog, en neurolog eller en neurokirurg, afhængig af egen læges vægtning af forundersøgelsen. Såfremt speciallægeundersøgelsen ikke kan pege på en diagnose, henvises patienten til et nyt speciale, hvor undersøgelsesproceduren begynder forfra, nu set ud fra en ny specialistvinkel. De enkelte specialer er efterhånden blevet så specialiserede, at man på forhånd udelukker, at man kan bruge nogen af hinandens fund. Så forsøget på at effektivisere undersøgelser og behandling synes ikke at være løst

med udviklingen af såkaldte tværfaglige teams, så længe specialisering er så dominerende et kendetegn ved sygdomsforståelsen.

Men formålet med tværfagligheden er nok i højere grad udsprunget af ønsket om effektivitet frem for, af ønsket om at opnå en dybere forståelse af sygdom.

I Ringe mener man da heller ikke, at deres patienter har gavn af behandling i traditionel forstand, underforstået somatisk behandling. Man skriver (... s.23) " Det vigtigste princip i behandlingen er "hjælp til selvhjælp". Den enkelte patient skal gennem information og vejledning bringes i stand til at forstå sin lidelse. Baggrunden for dette princip er, at ryg problemet for mange patienters vedkommende er livslangt uanset behandlingen. Der er derfor god mening i at hjælpe patienten til at leve med sin lidelse." Problemet i ovenstående synes at være spørgsmålet om, hvad det er præcis, patienten skal bringes til at forstå. Skal hun forstå, at ryggen ikke fejler noget på trods af kroniske smerter i den? Det vil i givet fald være et forhold, som behandlerne heller ikke selv forstår, og hvordan formidler man en viden, man ikke selv besidder?

Somatisk set er krop og psyke to substantielt forskellige størrelser

Grunden til at det psykosomatiske genstandsfelt unddrager sig forståelse, ser Bo Jakobsen da også i det forhold, at legeme og sjæl til alle tider i den vestlige kultur, og derfor også i vort sundhedsvæsen, er blevet forstået som to substantielt forskellige størrelser. Han skriver (Jakobsen Bo 1981) (3) note s.325 "(at) de fænomener, der udspiller sig på grænsen mellem de to kategorier, totalt unddrager sig vor forståelse og kontrol. Det gælder således de psykosomatiske sygdomme" I praksis betyder det, at lægevidenskaben og den akademiske psykologi ikke arbejder sammen og psyken nedprioriteres, hvorfor psykologien i lægefaglige sammenhænge ofte praktiseres af ikke psykologer, hvorved den reduceres til common sense og et halehæng til den somatiske sygdomstilgang. Et eksempel anskueliggøres af de omtalte somatiske uddannede teams, som samtidig skal sikre en bæredygtig kontakt med patienterne, en ydelse som, i lighed med forundersøgelsen, fremhæves som central. Men etableringen af en bæredygtig kontakt med en patient omkring dennes helbred, fremtid og hele liv, er en psykologopgave.

Dvs. at tankegange og behandlinger, som på trods af ovennævnte, forsøger at forstå samspillet og sammenhængen mellem krop og sjæl, de udgrænses. En somatiker benytter derfor så godt som aldrig begrebet psykosomatik og behandlinger, der tager udgangspunkt i krop/psyke samspillet. Denne forståelse eksisterer ikke i det etablerede sundhedsvæsen og kommer altså heller ikke til at optræde i de omtalte nye tiltag. Det psykosomatiske felt afspejles derfor hverken i sundhedsøkonomien, i kulturen, i værdierne og normerne for et velfungerende menneske, i sproget, i tanken, i forskningen eller i den etablerede kliniske praksis. Lige så usynligt bliver det derfor, at det er de psykosomatiske sygdomme, som får sundhedsvæsenet til at fungere ineffektivt, så længe man angriber de psykosomatiske sygdomstilstande, udelukkende somatisk.

Med dette skæve fokus sluger de psykosomatiske sygdomme hovedparten af ressourcerne i sundhedsvæsenet, og bliver derved den indirekte - men samtidig den usynlige årsag til udviklingen af de såkaldte nye motorveje i sundhedsvæsenet.

Hidtil har man dog forsøgt at begribe disse sygdomstilstande ud fra et socialmedicinsk fokus, udtrykt ved udviklingen af de socialmedicinske diagnoser, syndromerne så som fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom, kronisk whip-lash, kronisk lænderyg osv. Dette fokus har dog heller ikke ført til en bæredygtig forståelse og behandling af tilstandene, idet bl.a. inddragelse af egenoplevelsen mangler. I lyset af dette kan man anskue de socialmedicinske diagnoser, tværfaglige teams og en styrkelse af (envejs) kommunikationen, som nyere, men stadig utilstrækkelige, forsøg på at imødekomme udviklingen i sygdomstilstandene.

Den kliniske samtale.

Med samtalen som udgangspunkt kommer symptomudredningen fra patienten. Dette i modsætning til den somatiske symptomudredning, som udelukkende kommer fra fagfolk. Når patientens egenoplevelse inddrages, som udgangspunkt for kontakten til behandleren, bliver det patienten, som styrer retningen af forløbet. Det bliver derved problemet, som det opleves af patienten selv fx. hverdagen med lænderyggen, som bliver udgangspunkt for kontakten.

Det bliver patientens umiddelbare oplevelse af lænderyggens tilsyneladende diffuse og usammenhængende smertereaktioner, som i løbet af behandlingsprocessen udvikles til en systematisk registrering af et decideret smertemønster. Ovennævnte proces udvikler sig bl.a. i det øjeblik selve smerteudviklingen, i dette tilfælde i lænderyggen, forbindes med en stressende situation eller et belastende forhold i patientens liv, som på lignende vis udvikler stress. Disse stressfaktorer bliver udgangspunktet for en kategorisering af stressfaktorer generelt i den enkelte patients liv. Stress-faktorer som omfatter alt fra daglige irritationsmomenter til traumer.

Ved denne kobling mellem stress og smerter forskydes fokus samtidig til den årsag og de sammenhænge, i hvilke smerterne fastholdes, kompliceres og øges. Når patienten bliver opmærksom på denne sammenhæng og efterfølgende begynder at arbejde med sine stress-faktorer frem for som hidtil, at være låst fast i en resultatløs kamp med smerterne i sig selv, så reagerer smerteniveauet igen, og patienterne begynder at få erfaringer med at smerterne, forstået som stressmålere, alligevel kan påvirkes og derfor også på længere sigt kontrolleres.

Generaliseringen af stress-faktorerne gør det samtidig muligt at behandle meget forskelligt artede individuelle symptombilleder med det samme udgangspunkt, uden at reducere og forenkle dette. Man fastholder og forankrer patientens egen oplevelse i en mere overordnet og for patienten meningsfuld sammenhæng, hvorved man som behandler arbejder på to niveauer samtidig. Idet det mere generelle niveau hjælper med til at udvikle overblik og følelsen af kontrol hos patienten.

Som ovenfor illustreret kan man ikke arbejde på den nævnte måde, uden patientens aktive medvirken. Forløbet er fuldstændig afhængigt af patientens informationer om symptomudviklingen. Det er kun igennem patientens egenoplevelse, at der kan skabes logik og sammenhæng i symptom-billedet, en logik, som er afgørende for at kunne påvirke symptomerne. Kontakten kan derfor med rimelighed betragtes som en ligeværdig samtale, hvorimod den biomedicinske kontakt, i bedste fald kan betegnes som en envejs information, med patienten reduceret til et passivt objekt, frem for som et meningsbærende aktivt deltagende subjekt.

Sammenfatning.

I det foregående har vi omtalt de nye tendenser i sundhedsvæsenet, eksemplificeret ved Rygambulatoriet i Ringe. Centret er blot et af flere lignende tiltag, som forsøger at få patienterne, ikke mindst gruppen uden overensstemmelse imellem objektive fund og subjektive (smerte)klager, igennem en afklaringsprocedure, hurtigere og mere effektivt end i det etablerede sundhedsvæsen.

Til forsøgsvis sikring af at det lykkes, opprioriterer man kontakten med patienten i form af systematisk formidling og information til patienten under dennes forløb på centret. Behandlingstilbuddene er organiseret omkring såkaldte tværfaglige teams, og tilbuddene har mere karakter af hurtig afklaring end af behandling i traditionel forstand, eftersom man ikke ud fra et somatisk fokus mener, at patienterne har gavn af behandling. Holdningen er derfor den, at patienterne er bedst hjulpet ved at forblive aktive, leve som de plejer og passe deres arbejde.

En opprioritering af kontakten til patienten er god nok og en forudsætning for, at patienten mentalt set arbejder aktivt med. Alligevel er der nogle begrænsninger, når patientkontakten reduceres udelukkende til en envejskommunikation. At man vælger sådan, forstår man ved, at envejs-kontakten er mindre tidskrævende end dialogen, derfor også mere kontrollerbar og nemmere at administrere, set fra et behandler synspunkt.

Men uanset, om man vælger envejskommunikation eller dialog, er der yderligere en begrænsning i det forhold, at kontakten til patienten kun administreres af somatikere. Vi må derfor fastslå, at kontakt til patienter omkring så grundlæggende og alvorlige emner som folks helbredsmæssige forhold, nemlig forhold som er afgørende for økonomi, selvforvaltning, arbejdsmarkedstilknytning osv., er en psykologopgave. Ikke mindst med udgangspunkt i den temmelig komplicerede problemstilling, at der netop ikke, ud fra et somatisk synspunkt, er nogen behandling at tilbyde. Folks kroniske rygmerter forsvinder således ikke, selvom man nok så grundigt fortæller dem, at de objektivt set ikke fejler noget.

Vanskeligheden ved at implementere en forbedring af kontakten til patienterne, i det overordnet set rationelle sundhedssystem, kan også forstås som forsøget på at skulle implementere et lavteknologisk element i et højteknologisk system. Almindeligvis viser det sig at være umuligt, idet man netop, i et højteknologisk system har valgt højteknologiske tidsbesparende og effektive værktøjer, værktøjer som i sundhedsvæsenet udgøres af scannere, laboratorieudstyr og medicin til afklaring og behandling af sygdomme.

Overordnet set vil det derfor være meget vanskeligt at implementere blot en bæredygtig envejskommunikation i et højteknologisk og rationelt system, som det somatiske fokus på sygdom forudsætter. Dette understreges af spørgsmålet om, hvad der skal kommunikeres.

DET SOCIALE " VÆSEN".

I det sociale system kan man også spore nyere tiltag, sammenlignelige med de nævnte tiltag i sundhedsvæsenet, i forsøget på at forbedre kontakten til brugerne af systemet. Således er medvirken, samtale og egenoplevelse en forudsætning for det sociale arbejde i tilknytning til følgende regler om forsørgelse i den sociale lovgivning:

- vurdering af arbejdsevne
- individuelt kontakforløb
- opfølgning i sygedagpengesager, evt. ved rundbordssamtale.

Borgeren har ret til medvirken i sin sag. Det er fastslået i § 4 i retssikkerhedsloven (4), som gælder generelt for det sociale arbejde og har været gældende siden 1.7.1998. Kirsten Ketscher navngiver dette *dialogprincippet* i sin Socialret, 2. udgave 2002 (5). En forudsætning for medvirken er en ligeværdig samtale socialarbejderen og borgeren imellem. Socialarbejderen skal derfor tilrettelægge sin rådgivning/sagsbehandling, således at hendes grundlag for forståelse for borgerens situation, hviler på denne borgers egenoplevelse.

§ 4 og dermed borgerens ret til medvirken er også en forudsætning for arbejdsevnekriteriet. Arbejdsevnekriteriet er gældende for tilkendelse af revalidering, fleksjob og førtidspension, og fra 1.1.2003 har socialarbejderens vurdering af en borgers arbejdsevne taget udgangspunkt i en lovfæstet metode.

Der er med indførelse af arbejdsevnekriteriet tale om et paradigmeskift, som er udtryk for at gå fra en retstilstand, som grundlæggende hvilede på lægelige vurderinger, til en retstilstand, som grundlæggende hviler på borgerens egenoplevelse af sin situation. Dette i erkendelse af, at sygdom er mere end en lægelig bedømmelse af borgeren, at spørgsmålet om sygdom og om hvordan borgeren har det, er komplekst, og bedst kan opfattes i sin helhed og udtrykkes af borgeren selv.

Også i § 15 i beskæftigelsesindsatsloven (6), ved individuelt opfølgende kontakforløb for ledige, kontanthjælpsmodtagere og revalidender, er det en forudsætning for samtalen med borgeren, at den tager udgangspunkt i den pågældendes ønsker og forudsætninger. Der er tale om det forsørgelsesfelt, hvor borgeren ikke nødvendigvis har en varig nedsat arbejdsevne, og hvor der derfor er en forventning om tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Bag denne prioritering af samtalen, i det personlige møde, ligger også forudsætningerne i § 4 i retssikkerhedsloven (4), om inddragelse af borgerens egenoplevelse.

For at få sygedagpenge skal man være syg, men hvad er det!

I reglerne om forsørgelse på det sociale område er der kun sygedagpengereglerne tilbage, som grundlæggende hviler på et lægeligt tilkendelseskriterium, idet det er en betingelse for udbetaling af sygedagpenge, at borgeren er uarbejdsdygtig på grund af sygdom (7). Ganske vist gælder forudsætningerne i retssikkerhedslovens § 4 (4) også for sygedagpengemodtagere, men respekten for borgerens egenoplevelse har ikke kunnet praktiseres fuldt ud på grund af det lægelige tilkendelseskriterium, hvor en lægeligt diagnosticeret lidelse er nødvendig for opnåelse af ret til sygedagpenge.

Det lægelige tilkendelseskriterium, som hviler på en somatisk holdning til opfattelsen af, hvad sygdom er, kommer derfor under pres fra hensyn, der hviler på inddragelse af borgerens egenoplevelse. Allerede i 1990 gøres forestillingen om, hvad sygdom er mere rummelig, idet man indfører den faste revalideringsydelse og muligheden for at få revalidering, mens man modtager sygedagpenge. Ved opfølgingsreglerne i 1997 udvides sygdomsopfattelsen yderligere, idet den skal hvile på en

helhedsvurdering ved hjælp af inddragelse af den syge, virksomhederne og de faglige organisationer, og som hidtil den syges egen læge.

Sygdomsopfattelsens zig zag kurs.

Ved sygedagpengereformen, der trådte i kraft den 1.7.2005, er der ikke ændret på det lægelige tilkendelseskriterium, men bl.a. givet regler om visitationskategorier og opfølgning.

Nogle hovedpunkter i ændringerne af loven (8):

- Arbejdsgiveren kan, hvis det skønnes nødvendigt, forlange en lægeerklæring af den syge med oplysning om uarbejdsdygtighed på grund af sygdom samt oplysning om, hvilke konkrete funktionsbegrænsninger sygdommen medfører. Dette til brug for indsatsen for at fastholde den syge og fremme hel eller delvis tilbagevenden til arbejdspladsen. Det er således hensigten, at lægeerklæringen i højere grad end tidligere giver informationer om arbejdsevnen. Funktionsoplysningerne forudsættes at hvile på en dialog mellem den syge og den praktiserende læge.
- Den syge skal udfylde et oplysningsskema, der skal bidrage til, at kommunen får et tilstrækkeligt grundlag til at kunne forberede den første samtale samt kunne foretage visitation og opfølgning. Den syge skal svare senest 8 dage efter kommunens afsendelse af oplysningsskemaet, medmindre andet aftales.
- Med baggrund i oplysningsskemaet og eventuelle andre oplysninger i sagen, skal kommunen foretage en visitation til en af tre mulige kategorier:
 - 1) Sager, hvor tilbagevenden til arbejdsmarkedet er umiddelbart forstående. Dvs. ukomplicerede kortvarende sygdomsforløb på op til 10-12 uger, hvor tidspunktet for raskmelding er forudsigeligt, og hvor arbejdsevnen ikke er truet.
 - 2) Sager med risiko for langvarigt sygeforløb eller risiko i forhold til arbejdsevnen. Dvs. sygdomsforløb med usikkerhed om diagnose/lidelse og usikkerhed om sygdommens varighed. Der kan fx være tale om psykisk lidelse eller diffuse smerte- og træthedstilstande. Det drejer sig således om sager med risiko for et kompliceret forløb, hvor den syges arbejdsevne typisk vil være truet, eller vil blive truet under forløbet. Der skal i disse sager være særlig opmærksomhed på behovet for at anvende arbejdsevnetoden.
 - 3) Sager, hvor lidelsen/sygdommen medfører et længerevarende sygdomsforløb. Der vil typisk være tale om en klar somatisk diagnose og en alvorlig måske livstruende lidelse, fx cancer med et meget langt behandlingsforløb. Ved alvorlig lidelse forstås en sygdom, som er så alvorlig, at der er risiko for, at arbejdsevnen nedsættes, førtidspension mv.

Opfølgning skal som udgangspunkt ske ved samtale, enten individuelt eller telefonisk, afhængig af visitationskategori. Kommunens samtale med den syge kan evt. tage udgangspunkt i den dialogguide, der fra dec. 2004 anvendes i kontaktfølg for kontanthjælpsmodtagere og er en light-udgave af arbejdsevnetoden.

Til trods for et forsøg på kategorisering af en sygdoms alvor har man ikke løst konflikten imellem respekten for en somatisk diagnose på den ene side og for patientens egenoplevelse af symptom- og funktionsniveauet på den anden side. I vurderingen af muligheden for at vende tilbage til arbejdsmarkedet, blander arbejdsevnekriteriet sig derfor stadig med det lægelige tilkendelseskriterium, og en alvorlig lidelse i kategori 3 defineres alligevel ud fra arbejdsevnekriteriet. Således forudsættes den praktiserende læge efter ønske fra arbejdsgiveren, også ved sygdom i kategori 3, at indgå i en dialog med den syge, som led i at fastholde den syge på arbejdsmarkedet og samtidig opnå en vurdering af den pågældendes funktionsniveau i forhold til arbejde.

Den ret borgeren har til medvirken tilføjes som nævnt bestemte krav om, hvordan dette skal ske. Fx ved udfyldelse af oplysningsskema til kommunen med kort varsel samt ved at skulle indgå i samtale med egen læge med det formål at finde den pågældendes funktionsniveau i forhold til arbejde. Det er, som om loven foreskriver, at den syge selv må kunne påtage sig den største del af ansvaret for at kunne forudsige forløb og varighed af sit sygdomsforløb, når nu hjælpesystemerne ikke kan. Det er, som om egenoplevelsen på den måde bliver brugt imod den syge i stedet for at være med den pågældende. Men fordi den syge er den, der mærker smerten, er det ikke ensbetydende med, at den pågældende kan afkode den uden hjælp. Som udgangspunkt forstår patienten lige så lidt af sin sygdomstilstand, som hjælpesystemerne gør.

I de såkaldte risikosager i kategori 2 (som oftest sager med kroniske diffuse, men invaliderende smerter) skal der følges op ved individuel samtale. Dette skal ske oftere end ved kategori 1 og 3 sager, men der er som nævnt ingen anvisninger på, hvordan den syge kan hjælpes, når der er diskrepans mellem de lægelige vurderinger og den syges subjektive klager. Man kan også undre sig over, hvor det sociale arbejde er blevet af, når det er lægen, der skal involveres i vurdering af funktionsniveau og den syge, der skal udfylde oplysningsskema. På den måde ser det ud som om, lægerne kommer til at arbejde både i det lægelige og det sociale felt, og at noget af det sociale arbejde væltes over på den syge.

Reglerne om serviceydelser.

Ovenstående har illustreret, at den entydige somatiske opfattelse af, hvad sygdom er og ikke er, ganske langsomt skrider med opkomsten af stadig flere diffuse sygdomstilstande. Den sociale lovgivning forsøger at følge med ved flere steder at inddrage patientens egenoplevelse af symptomer og hele liv i øvrigt. Men disse hensyn støder til stadighed sammen med den somatiske lægefaglige tilgang til sygdom, en tilgang som ikke inddrager sygdomsbæreren, men alligevel stadig eksisterer i den sociale lovgivning.

Hvad angår serviceloven, er den lægefaglige bedømmelse, som enerådende, også på retur. Med førtidspensionsreformens ikrafttræden den 1.1.2003 blev merudgifter, som følge af handicap til førtidspensionister, løsrevet fra reglerne om førtidspension og indarbejdet i servicelovens § 84 (9). Den grundlæggende bedømmelse af handicaprelaterede udgifter før den 1.1.2003 hvilede på en lægelig vurdering. Efter § 84 i serviceloven (9) om dækning af nødvendige merudgifter ved daglig livsførelse på grund af varigt nedsat funktionsevne forudsættes det, at socialarbejderen en gang om året tager en samtale med borgeren med henblik på at opnå et overslag over det kommende års udgifter. Det personlige møde og borgerens aktive medvirken efter § 4 i retssikkerhedsloven (4), er hermed prioriteret. Til grund for berettigelsen af § 84-ydelse skal foreligge en samlet vurdering af

funktionsevnedesættelsen i forhold til den daglige tilværelse og de deraf affødte behov for kompensation for merudgifter.

Ofte er det ganske vist en lægelig diagnosticeret lidelse, der angiver en varig nedsættelse af kropslige eller kognitive funktioner, men det er ikke den lægelige diagnose, der er afgørende, men derimod den pågældendes muligheder for at klare sig i sin daglige tilværelse. I dette forhold antydes eksempelvis, at den samme sygdom kan indvirke meget forskelligt på den enkeltes liv, netop afhængig af dennes personlige ressourcer og omgivelser i øvrigt, hvorfor vi igen får et eksempel på, at den ikke generaliserbare psyke ikke blot forstyrrer billedet af somatisk behandling af sygdom, men også af forsøgsvis entydig lovgivning om sygdom.

Hvordan fungerer praksis, udnyttes de givne muligheder?

Praksis omkring den sociale lovgivnings inddragelse af borgerens medvirken, af dialog og egenoplevelse, efterlader det indtryk, at borgeren generelt ikke på tilfredsstillende vis gives mulighed for medvirken i sin egen sag, til trods for intentionen i retssikkerhedslovens § 4 (4). Det får bl.a. den konsekvens, at borgeren ikke er tilfreds med de faktiske oplysninger, der ligger til grund i den pågældendes sag. Borgeren kommer til at se sig selv i modsætning til systemet og får i værste fald ikke det forsørgelsesgrundlag i form af sygedagpenge, revalideringsydelse eller førtidspension, som den pågældende mener sig berettiget til, men falder i stedet igennem "sikkerhedsmaskerne" og lander på kontanthjælp eller ægtefælleforsørgelse. Borgeren begiver sig derefter ud på en 'odysse' i forsøget på at finde et modargument i form af en dokumentation hos bl.a. hos speciallæger og advokater.

Til støtte, for det givne indtryk, fremhæves i det følgende en afgørelse fra Den Sociale Ankestyrelse, en "Undersøgelse af retssikkerhedslovens § 4" samt et studie af 6 konkrete sager. Til afgørelsen fra Den Sociale Ankestyrelse knyttes den kommentar, at der er mange private virksomheder, der arbejder med arbejdsevnevurderinger, og det dertil nødvendige arbejde med ressourceprofiler, hvilket betyder, at der er nogle kommuner, der fravælger denne mulighed for at arbejde socialfagligt med borgeren.

En afgørelse fra Den Sociale ankestyrelse.

Den Sociale Ankestyrelse har i SM P-36-04 truffet afgørelse om, at ressourceprofilen "skal"..." udarbejdes af sagsbehandleren i kommunen i samarbejde med borgeren i en fremadrettet proces med henblik på at afdække og udvikle evner hos borgeren, som kan udnyttes til selvforsørgelse". I den konkrete sag var ressourceprofilen udarbejdet af en privat virksomhed og ikke af kommunen. Ankestyrelsen lagde vægt på at udarbejdelse af ressourceprofilen er en myndighedsopgave, som ikke kan uddelegeres, jf. bestemmelser i arbejdsevnebekendtgørelsen. ... "Da dette ikke var sket led ressourceprofilen af sådanne mangler, at den ikke kunne bruges som grundlag for en gyldig afgørelse om førtidspension." ... "Kommunen og det sociale nævns afgørelser var derfor ugyldige, og lønmodtageren var fortsat berettiget til dagpenge."

En undersøgelse af retssikkerhedslovens § 4.

En "Undersøgelse af retssikkerhedslovens § 4" fra 2004 (10), om voksne med handicap, børn og unge samt ældre og i et appendiks til rapporten, hvor der er draget paralleller til de mest udsatte grupper, viser at:

- kommunernes politiske ledelse generelt ikke engagerer sig i ledelse af kommunens håndtering af retssikkerhedslovens § 4D
- den administrative forvaltningsledelse heller ikke har særligt fokus på retssikkerhedsloven og dens lokale implementering.
- mellemliderne har en central funktion i skabelsen af en organisationskultur samt praksis for, hvordan lovgivningen forvaltes. I øvrigt er deres fokus på procesretslige forhold begrænset.
- i en række tilfælde udfører sagsbehandlerne ikke deres arbejde i overensstemmelse med retssikkerhedslovens bestemmelser. Det vurderes i undersøgelsen, at sagsbehandlerne ikke har tilstrækkelig kendskab til lovgivningen, at de ikke er tilstrækkeligt bevidste, om borgernes ønsker og behov, og at de i øvrigt oplever at være under et ressourcepres.
- der eksisterer en forskel på sagsbehandlerens vurdering af, hvorvidt borgeren er inddraget og borgerens egen oplevelse af at være inddraget. Borgerne oplever generelt ikke, at de får den fornødne viden om deres rettigheder, og borgerne føler sig ikke tilstrækkeligt inddraget i sagsbehandlingen.

Praksisanalyse af 6 konkrete sager fra SID og KAD.

Metode

De følgende betragtninger er uddrag af notat 21.1.2004 udarbejdet for SID/KAD (nu 3F) og er baseret på 6 konkrete sager udleveret sammesteds fra. Sagerne foreligger som en udskrift af det enkelte medlems ressourceprofil. I alle sagerne er der i 2003 udarbejdet en arbejdssevnevurdering med henblik på at afklare medlemmets muligheder for revalidering, fleksjob eller førtidspension.

Sagerne er sendt til SID/KAD fra afdelingerne. Begrundelsen for valg af netop disse sager er ukendt.

De 6 sager er derfor på ingen måde udtryk for et repræsentativt udsnit af praksis på området, men er et forsøg på at få indtryk af, hvad der kan røre sig i de enkelte sager.

Arbejdssevnekriteriet blev indført som tilkendelseskræterium for revalidering og fleksjob den 1.7. 1998, for førtidspension den 1.1.2003. Med indførelse af arbejdssevnekriteriet for alle tre områder, er der nogle forudsætninger, der skal være opfyldt, for at kriteriet kan siges at være implementeret i praksis. De nævnte fokuspunkter er valgt med henblik på at belyse, om disse forudsætninger er opfyldt. I konklusionen er her kun medtaget det relevante for denne artikel.

Konklusion.

Arbejdssevne-metoden er ikke sat igennem på afgørende måde i de foreliggende 6 sager. Sagerne hviler i høj grad på tidligere praksis.

I ingen af sagerne er medlemmet inddraget tilfredsstillende ved sagsbehandlingen.

I 3 sager bliver medlemmet ikke set med sine vanskeligheder. Medlemmet og socialarbejderen har ikke en fælles forståelse for, hvad der er problemet i sagen. Der kan derfor ikke findes en løsning i sagerne, der tilfredsstiller medlemmets behov.

I en sag er det ikke tydeligt, hvad medlemmet ønsker.

Helhedssynet savnes i alle sagerne, hvilket ville forudsætte, at kravene i arbejdet blev vurderet i relation til medlemmets hverdagsliv med fritid og familie.

Der viser sig en administrativ arbejdsform i alle sagerne. Kontakten til borgerne skematiseres. Udfærdigelse af ressourceprofil på en borger er blevet til punktvis udfyldning af felterne i et profil-skema frem for at blive anvendt som støtte for en dynamisk udvikling af medlemmets situation.

Sagsbehandlingen peger på en generel manglende indsigt i betydningen af skift fra erhvervsevne til arbejdsevne, eller med andre ord fra et kriterium, der grundlæggende hvilede på lægelige vurderinger, til et kriterium som grundlæggende hviler på borgerens egenoplevelse af sin situation. Der er derfor uklarhed om, hvad det betyder, at der er diskrepans imellem de lægefaglige vurderinger og medlemmets subjektive klager, samt manglende indsigt i, hvad der i en sådan situation kan skabe større klarhed i sagen.

Rundbordssamtalen.

Begrebet rundbordssamtale er sporadisk blevet nævnt et par gange tidligere. Rundbordssamtalen er udviklet i Projekt Arbejdsfastholdelse i Vejen, Brørup og Holsted i 1990'erne og beskrevet i en bog af Betty Pedersen m.fl. (11)

Rundbordssamtalen er udviklet til brug for fastholdelse af ansatte på arbejdsmarkedet ved sygdom og fravær.

Rundbordssamtalen er udtryk for et møde mellem den ansatte og de relevante aktører i sagen. Et møde som skal belyse, afdække eller afklare den ansattes problemer med og muligheder for at fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Rundbordssamtalen ledes af en rundbordskonsulent, fx en socialarbejder fra kommunen. Foruden den ansatte er følgende aktører typisk repræsenteret: virksomhedens leder, tillidsrepræsentanten og den ansattes egen læge. Samtalen kan afholdes på den ansattes arbejdsplads.

Det er en forudsætning, at den ansatte er hovedperson i mødet og gives plads til sin egen fortælling, sin egen oplevelse af sine helbredsproblemer og sin situation som helhed. Dialogen i gruppen bør først gå i gang, når den ansatte er færdig med sin fortælling. Efter afklaring af problemstillingerne går mødet over i et planlægningsmøde og afsluttes med en skriftlig aftale om den plan, som gruppen finder frem til i enighed.

Sundhedsvæsen og socialvæsen udviser sammenlignelige udviklings træk.

Som den ovenfor er beskrevet, kan også rundbordssamtalen forstås som et forsøg på implementering af et lavteknologisk element i et højteknologisk system, i dette tilfælde det socialfaglige, der, som allerede nævnt, har forsøgt at skematisere dialogen med borgeren. Men en skematisering af dialogen med borgeren kan ikke forenes med lovgivningens hensigt om, at borgerens fortælling skal være centrum fx ved rundbordssamtalen.

Et eksempel kan illustrere, hvordan det kan foregå.

En patient med alvorlige rygsmerte havde i 5 år kæmpet med et meget stressende miljø på sin arbejdsplads, som var en undervisningsinstitution. De dårlige undervisningsvilkår måtte ikke gå ud

over eleverne, så hun forsøgte hele tiden at kompensere for disse ved selv at lave mere og mere, samtidig med at hun udviklede et stadigt dårligere helbred. Lokalerne man underviste i var 14 grader varme, intet lærerværelse og ingen rum til fortrolige samtaler med eleverne. Man flytter 7 gange på 1 år bl.a. pga. indeklima-problemer, som svamp og lignende. Patienten bliver dødssyg af dette, oplever sygelig træthed, ødelagte slimhinder i øjnene, bronchitis og summen i hele kroppen.

Samtidig bliver klassekvotienterne større og større, elevgrupperne mere og mere uhomogene, parallelt med at man laver reform af uddannelserne og nye bekendtgørelser, som ingen har ressourcer til at implementere reelt i dagligdagen, hvorfor en masse møder går med at intellektualisere fornyelserne. "Men jeg er håndværker", siger patienten, som ikke kan få arbejdsvilkår og krav til undervisningen til at hænge sammen. Ved møde med sin chef får hun at vide, at det nok kun bliver værre i fremtiden, og at hun må gøre sit arbejde til et 8tal i stedet for hele tiden at forlange det optimale af sig selv. Patienten får stadig flere og længere sygdomsmeldinger. Ved kontakt med smertepsykolog bliver hun efterhånden klar over, at det dårlige helbred skyldes kronisk alvorlig stress og nedsat immunsystem. Kommunen arrangerer en rundbordssamtale med 2 repræsentanter for patientens fagforening, overordnet chef, daglig chef, en personalekonsulent og kommunens socialrådgiver. Patienten gør rede for sine erfaringer om sammenhængen imellem stress og arbejdsvilkår, idet hun igennem sin smertebehandling får stadig flere bekræftelser på, at hendes symptomer er logiske, når hun forstår dem som stress-relaterede.

Da patienten er færdig med sin redegørelse, erfarer hun, at ingen af de tilstedeværende, heller ikke fagforeningsrepræsentanterne, kommenterer de stressende arbejdsvilkår. Resultatet bliver, at patientens situation personliggøres som en svaghed ved hende, idet egenoplevelsen kommer til at stå alene. Løsningen, som heller ikke tager udgangspunkt i patientens eget forslag, bliver efter princippet om mindre af det samme. Patienten får et aftale baseret skånejob, begyndende med 10 timer ugentlig i et ½ år, medmindre hun knækker halsen igen, som man siger. Men man problematiserer ikke, at patienten med sin overansvarlighed og sine krav til sig selv om at yde et ordentligt stykke arbejde, uanset vilkårene for det, risikerer at ende i præcis den samme situation igen, idet 10 timer i stedet for 30 timer ikke løser problemet om, at hun har svært ved at sætte grænser. Tværtimod kan man forestille sig, at problemet sættes på spidsen og bliver endnu større.

Patienten forlader rundbordssamtalen med en følelse af dyb krænkelser og raseri. Årene på arbejdet passerer revy inde i hendes hoved med masser af udvalgsarbejde, undervisningsmateriale som måtte laves om natten og en kontaktperson-funktion om dagen, som i stadig større udstrækning kom til at minde om en mellemting mellem en terapeut funktion og en skraldespandsfunktion. Takken hun fik for det, var en stempling som svag samt et dårligt helbred. Efterfølgende bad hun om at blive sagt op.

Egenoplevelsen brugt aktivt og passivt.

Ovenstående eksempler er få af mange, hvor brugere af systemet føler sig krænket frem for at føle sig hørt, uanset de gode hensigter i loven. Men udover, at egenoplevelsen ikke inddrages aktivt, viser eksemplerne også, at når egenoplevelsen inddrages passivt, kan inddragelsen få den stik modsatte virkning af hensigten, nemlig at den kommer til at skubbe ansvaret for forståelsen af sygdomsforløbet omfang og varighed over på patienten, samt at patienten fremstår som personligt svag og i værste fald utroværdig. Som ovennævnte patient fik at vide af en rheumatolog, så ville denne da ønske, at hun

havde haft en ryg som patientens, for den fejlede da ingenting.

Også arbejdsevnebegrebet og ressourceprofilen er lavteknologiske elementer, idet forudsætningen for at de virker, i lighed med rundbordssamtalen, er en dialog med borgeren, en dialog hvor borgerens egenoplevelse og fremstilling af sine problemer danner reelt grundlag for en planlægning af fremtiden. Men denne egenoplevelse skal ofte bearbejdes fra en defensiv, ofte katastrofepræget og handlelammet egenoplevelse, til en offensiv egenoplevelse med handlemuligheder, en proces som kun de universitetsuddannede psykologer har baggrund for at støtte patienten i at udvikle. Hvis en sådan terapeutisk proces havde dannet grundlag for en planlægning af patientens fremtid, ville de nævnte sociale paragraffer med intention om at sætte borgeren i centrum, passe perfekt til formålet. Ideelt set skulle smerte/stress-behandlingen sættes ind, inden patienten mister sit arbejde, hvorved hele processen kunne forkortes mærkbart. Men da der ikke er nogen psykologer til at varetage opgaven, resulterer det i, at disse uhåndterbare patienter "kastes af" hjælpesystemerne undervejs.

Krop/psyke samspillet omtales ikke med et eneste ord i det materiale, som repræsenterer de såkaldte nye motorveje i sundhedsvæsenet, og de optræder ikke i teksten i den lovgivning, som er medtaget i denne artikel. Ganske vist kan man godt være fokuseret på smertetilstande og man kan have smertecentre på hospitaler og andre steder, men smerterne opfattes som et isoleret problem som medicineres, ikke som resultatet af et krop/psyke samspil, hvor psyken er med til at skabe somatisk sygdom ikke mindst i forbindelse med udviklingen af alvorlig kronisk stress. De kronisk diffuse smertetilstande opfattes derfor udelukkende som psykisk betingede, hvorfor smertepatienter opfordres til at ignorere smerten og leve, som de plejer.

Hvorfor er det somatiske sygdomsbegreb så tabubelagt!

En synliggørelse af substansen i psykosomatikken ville betyde, at man måtte sætte spørgsmålstegn ved forklaringsværdien i det somatiske sygdomsbegreb i et samfund, hvor der optræder stadig flere stressrelaterede sygdomme. Dette spørgsmålstegn tør ingen sætte, fordi det ville betyde andre grundlæggende spørgsmålstegn, dels til hele opbygningen af hjælpesystemerne og ikke mindst til opfattelsen af sygdom generelt. Man forud antager derfor, som i den sociale lovgivning, at det somatiske sygdomsbegreb kan eksistere side om side med et mere funktionelt socialt sygdomsbegreb, et sygdomsbegreb som også skal administreres af egen læge i dialog med patienten. Problemet med denne nærmest konfliktfornægtende fremstilling peger blandt meget andet på, at der aldrig i historien har været så mange penge i et sygdomsfokus, som uafhængigt af sygdomsbæreren tilsyneladende kun kan behandles medicinsk. Opstår der sygdomstilstande, som ikke kan forklares ud fra det somatiske sygdomsbegreb, er det sygdomsbæreren problem, et problem hun må lære at leve med. Der sættes derimod ikke spørgsmålstegn ved hele udgangspunktet for at forstå sygdom.

Medicinal industrien er en af de industrier, som tjener flest penge overhovedet, og den har ingen interesse i, at det somatiske sygdomsbegreb bliver ændret eller for den sags skyld nogen interesse i, at folk bliver bedre til at forstå kroppen og passe på sig selv.

I forbrugerbladet "tænk+test" nr.40 dec.2003, står der på forsiden "alle raske mennesker er syge, de ved det bare ikke endnu ...medicinal industrien tjener milliarder på at lancere nye sygdomme." ... og inde i bladet "Almindelige tilstande (fx maverumlen og skaldethed) bliver markedsført som sygdomme, og medicinal-firmaer hyrer pr-firmaer for at få plantet en lidelse i lægernes og befolkningens bevidsthed. Det er nemlig mange penge værd, hvis man kan få raske mennesker til at tro, de er syge."

Yderligere et par sundhedsfaglige bidrag til holdningen omkring de kronificerede smertetilstande.

Et par sundhedsfaglige bidrag illustrerer, at der er stor uenighed blandt det sundhedsfaglige personale, som arbejder med forståelsen af og forskningen i de kroniske smertetilstande. I rapporten fra Ringe skriver man (s.42) "Desværre har en del amter - hjulpet på vej af regionale, rygfagligt passive reumatologiske afdelinger - totalt mistet evnen til at deltage i den faglige udvikling på området, "Ondt i ryggen". De aktuelt aktive reumatologiske afdelinger i Danmark på området, tæller nok ikke mere end godt en håndfuld - og så er der vist ikke nogen, der kan føle sig overset." Det synes således som om de nye motorveje, som skal gå udenom de etablerede, samtidig kommer til at repræsentere den etablerede sygehussektors modstykke. Måske skyldes passiviteten her, at man ikke finder, at der er så megen faglighed i de nye tiltag.

En artikel om ny viden om lænderygsmarter fra juni 2004 (Hartvigsen Jan m.fl. juni 2004) (13) indleder med at opregne, hvor lidt man ved til trods for årtiers international forskning. Man skriver: Smerter i lænderyggen er en af de hyppigste smertetilstande i den vestlige verden, og funktionstab og sygemelding som følge heraf resulterer i enorme samfundsøkonomiske omkostninger - også i Danmark. På trods af problemets størrelse og en efterhånden omfattende mængde international forskning har man i mange år vidst forbavsende lidt om:

Problemets sande omfang??

Betydningen af lænderygsmarter i forskellige befolkningsgrupper og erhverv?? Hvordan og hvorfor lænderygsmarter opstår??

Hvilke faktorer, der påvirker prognosen hos personer med smerte??

Hvad det naturlige forløb af lænderygsmarter er??

Hvordan lænderygsmarter opdeles i klinisk relevante undergrupper?? Hvordan disse undergrupper diagnosticeres pålideligt??

I hvilke tilfælde behandling er indikeret??

Hvornår behandling skal iværksættes??

Hvilke komponenter behandlingen skal bestå af??

Ovenstående spørgsmål kan sandsynligvis generaliseres til alle sygdomstilstande, hvor kroniske non maligne smerter er hovedsymptomet. Men det er kendetegnende for den naturvidenskabelige litteratur om emnet *smarter*, at alle smertetilstande behandles for sig, man ser ikke fællestræk i smertemønstre, kropskontakt og personlighed, men fokuserer hovedsagelig på, *hvor* man har ondt og mindre på *hvordan* og *hvornår* man har ondt, hvilket nødvendigvis ville inddrage egenoplevelsen.

Videre siges det i artiklen, at rygsmerter bedst anskues i et bio-psyko-socialt perspektiv, uden at man kommer ind på, hvad dette indebærer. Man mener, at en større forståelse for tilstanden kunne fremkomme ved en opdeling i mindre, mere homogene undergrupper. Således, står der, er utallige faktorer i litteraturen blevet associeret med lænderygsmerter, men epidemiologiske undersøgelser indenfor lænderygområdet viser modstridende resultater, og de fundne associationer er relativt svage. Man spørger, om det kunne skyldes, at det samme symptom har forskellige årsager, forskellig prognose og kræver forskellig behandling.

Kort sagt, man ved ingenting, men er dog indstillet på fortsat at forsøge.

Fra Tværfagligt Smertecenter på Rigshospitalet udtaler Jørgen Eriksen i interview af Jan Andreasen " (14), at kroniske smerter for mange er en tilstand og ikke en sygdom i almindelig forstand. Smertepatienter hører derfor ikke hjemme i sygehusvæsenet eller i sundhedsvæsenet som helhed."

Videre siges det, at man som læge må påtage sig ansvaret for, at man kan være med til at fastholde patienterne i den kroniske smertetilstand og måske være med til at påføre dem nye smerter eller forværring af allerede eksisterende smerter. Han mener, at når kroniske smertepatienter vedblivende bliver undersøgt og behandlet, fastholdes de i en opfattelse af, at de er syge, og at årsagen er biologisk. En stor del af de kroniske smertepatienter bør derfor hjælpes til at acceptere, at deres smerter er et handicap, som de må støttes til at leve bedst med... Vi kan ikke ud fra røntgen, scanning og lignende afgøre, om patienten har smerter. Alligevel gøres tilfældige fund til mulige årsager, som der indledes behandlinger på... " (Andreasen Jan, januar 2005) (14).

Jørgen Eriksen har skrevet disputats om emnet. Jørgen Eriksen mener, der bør fastsættes grænser for, hvor mange operationer, der bør foretages, og hvor mange fysioterapibehandlinger, der kan gives. Men hospitalerne modtager penge for at blive ved med at behandle, både læger og advokater kan tjene penge på undersøgelser og behandlinger, der måske ikke burde foretages. Endelig er der den allerede nævnte medicinal industri. Således nævnes det, at ca. 135.000 danskere indtager et morfinpræparat hver dag. I perioden 1984-2002 er forbruget af opioider i Danmark øget med 800 %.

"Størstedelen af patienter henvist til specialiserede smerteenheder er allerede ved henvisningen i behandling med opioider, og en væsentlig del har et misbrugsproblem, der yderligere komplicerer deres smerteproblem, læger og industri går hånd i hånd i denne udvikling. Lægerne ordinerer præparaterne og industrien udvikler nye produkter som fx plastre, som ingen, ud over industrien har udtrykt behov for..." siger Jørgen Eriksen. (14)

Sammenfattende synes holdningen til kroniske smerter at samle sig om tre forskellige udgangspunkter. Dels er der specialafdelingerne på hospitalerne, som fortsat leder efter en somatisk årsag til smertetilstandene, en holdning som både de nye "motorveje" og Jørgen Eriksen gør op med. Derudover er der de nyere tendenser eksemplificeret ved Rygambulatoriet i Ringe, som vil have folk afklaret så hurtigt som muligt ved hjælp af en enkelt undersøgelse og grundig information til patienten. Endelig er der Jørgen Eriksen, som ganske vist siger meget rigtigt om sundhedsvæsenets påvirkning af smertepatienterne, men egentlig ikke peger på en reel løsning for disse, idet han vil have gruppen helt ud af sundhedsvæsenet. Det bliver interessant at se, om hans holdning vil brede sig til andre smerteklinikker i hospitalsregi.

Opsamling

Vi har med nærværende artikel forsøgt at undersøge, hvilken betydning den nye udvikling i sundhedsvæsenet har for ændring af sygdomsopfattelsen. Får psyken og egenoplevelsen en større plads? Svaret må være et nej, på trods af at den sociale lovgivning åbner mulighed for andre vurderinger end de rent lægefaglige, ifald man skal have økonomisk hjælp på grund af helbredet.

Netop i forbindelse med de psykosomatiske smertetilstande uden overensstemmelse imellem objektive fund og subjektive klager, synes det at være særlig relevant at udvikle en bæredygtig kontakt med smertepatienten omkring dennes helbredssituation. Problemet bliver, at kontakten, imod hensigten, ikke udvikler sig til en aktiv dialog, som kan rumme og bruge smertepatientens beskrivelse af sit symptombillede på en offensiv måde. Kontakten begrænses af, at den skal være så lidt tidskrævende som muligt, hvorfor den enten reduceres til en envejs kommunikation, eller den skematiseres for at blive forudsigelig og kontrollerbar.

Når et forsøg på at udvikle en bæredygtig kontakt med patienten/borgeren udvikler sig på ovennævnte måde, peger det også på, at der mangler den faggruppe, som i forvejen arbejder aktivt med egenoplevelsen og som derfor ville kunne inddrage denne, dels som det var tænkt i den sociale lovgivning, men også inddrage og bruge egenoplevelsen som grundlag for en behandling af de omsiggribende stress-relaterede smertetilstande, som koster samfundet dyrt.

De nye motorveje i sundhedsvæsenet, smerteklinikkerne og de smukke hensigter i den sociale lovgivning løser derfor ikke problemet omkring de patienter, hvis liv invalideres af kroniske smerter, så længe man i systemerne fastholder det somatiske sygdomsbegreb som grundlag for forståelsen af sygdom. Resultatet bliver en tilfældig zig zag kurs over for disse patientgrupper, som ender med, at de opfordres til at leve bedst muligt med de smerter, de nu engang har. Eftersom det netop er det, de ikke kan, fortsætter kaos omkring dem. Samtidig kan det forudses, at de faggrupper, som skal forvalte hjælpesystemerne, på et tidspunkt brænder ud netop i forhold til disse patienter.

Fremtiden

Det ovenfor nævnte kaos omkring forståelsen for og behandlingen af de stressrelaterede smertetilstande synes bestemt ikke at blive mindre fremover med udsigt til strukturreformen, som pålægger kommunerne et udvidet økonomisk ansvar for flere områder, bl.a. øget ansvar for borgernes sundhed.

Samtidig med, at kommunerne skal overtage nogle flere sundhedsfunktioner, skal de betale en vis procentdel af flere lægefaglige ydelser. Det giver kommunerne mere magt, og vil på den baggrund kunne lægge yderligere pres på det somatiske sygdomsbegreb til fordel for sociallovgivningens mere funktionelle opfattelse af sygdom.

I et notat fra KL (2006) (15) siges det under et afsnit om den forebyggende arbejdsmarkedsindsats: "hvis borgeren alene går til lægen for at blive kvalificeret til en offentlig ydelse, er dialogen fra begyndelsen begrænset. Lægerne kan derfor i nogle tilfælde have brug for at kombinere lægeerklæringen med en dialog. Det er KL's vurdering, at de praktiserende læger spiller en afgørende rolle i den indledende kontakt med en borger, der kommer med de første symptomer på mistroivsel,

funktions- og helbredsproblemer. Derfor er der brug for at udvikle lægernes sygdomsbegreb i forhold til i højere grad at læne sig op af arbejdsevnetoden, hvor fokus er på de arbejdsfunktioner, som patienten fortsat har. "(fremhævet af forfatterne)

At det er lettere sagt end gjort, vil fremtiden vise.

(Redaktionen afsluttet 1.3 2006.)

REFERENCER:

1. Elsass Peter, Den sundhedspsykologiske konsultation. Ugeskrift for læger 159/50 dec.1997.
2. Manniche Klaus, Rygambulatoriet /Sygehus Fyn Ringe april 2001.
3. Jacobsen Bo, De højere uddannelser mellem teknologi og humanisme.
4. Retssikkerhedslov, Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, Lovbekendtgørelse nr. 847 af 8/9 2005 med senere ændringer.
5. Ketscher Kirsten, Socialret, Almindelige principper - Retssikkerhed og administration - Grundværdier, 2.udgave, Forlaget Thompson A/S, 2002.
6. Beskæftigelsesindsatsloven, lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov nr. 685 af 29/6 2005, med senere ændringer.
7. Sygedagpengeloven, Lov om dagpenge ved sygdom eller fødsel, Lovbekendtgørelse nr. 1047 af 28/10 2004 med senere ændringer.
8. Lov nr. 396 af 1.6.2005 om ændring af lov om dagpenge ved sygdom eller fødsel mv.
9. Servicelov, Lov om social service, Lovbekendtgørelse nr. 1187 af 7/12 2005 med senere ændringer.
10. "Undersøgelse af retssikkerhedslovens § 4" udgivet 2004, er iværksat og finansieret af Socialministeriet og er foregået i perioden nov.2002 - april2004. Rambøll Management har været projektleder i et samarbejde med Videns- og formidlingscenter for Socialt Udsatte samt forskere fra Institut for Sociale forhold og Organisation, Aalborg Universitet. Rambøll Management er hovedansvarlig for undersøgelsens gennemførelse og resultater samt for rapporten.
11. Pedersen Betty, Jacobsen Hans Henrik og Lau Knud Lindholm. Rundbordssamtalen, Nyt samarbejde på arbejdspladsen om sygdom, fravær og fastholdelse. 1. udgave, Frydenlund.1996
12. Forbrugerbladet Tænk-Test nr. 40 dec. 2003.
13. Hartvigsen Jan m.fl., Ny viden om lænderygmerter fra Sundhedsprojekt Ebeltoft. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, juni 2004.
14. Andreasen Jan, Smertepatienter sygeliggøres og fastholdes i deres kroniske smertetilstand. Ugeskrift for læger 167/2. januar 2005
15. www.kl.dk NOTAT Fokus på et stærkere samarbejde mellem kommuner og praksissektoren.(2006)

Abstract til artikel: Patientkontakt og sygdomsopfattelse i sundhedsvæsen og det sociale "væsen".

The predominance in the public health and social services of the scientific conception of illness has had the effect that contact with patients within these systems has received a low priority—a fact which, in turn it has led to unforeseen consequences. In later years, therefore, the health services and the social services have inquired into the quality of contact they have with their patients and attempted to improve it. In doing so, however, they have failed to include the foundation on which the conversation with patients ought to be based.

As regards the issue of contact with patients, in the health services, the intention is to provide the patients with better information as well as to improve the communication with patients. In social services, the aim is that the citizen's own experience of his or her situation must be included as the basis for dialogue. But the somatic conception of illness as the basis for conversation still predominates. At the same time, the systems must be rational and time-saving, which means that the contact with the patients is given a low priority, so that, in effect, it fails to meet the intended improvements. Therefore, the health services are continuously and increasingly organized around high-technology. Thereby, achieving a clear and unequivocal communication with the carrier of illness continues to be a task beset with difficulties, although communication and information remains a one-way affair, corresponding to the view that only the professional in the health services have knowledge of the body. In the social services, respect for the citizen's own understanding of his or her situation is to be practiced by means of categorization of the citizen and schematized conversation.

The fact that there is an inherent contradiction in the above has not been observed, which means that, contrary to the intentions, the systems become far more expensive to manage, because they can not be managed in a homogeneous way.