

Egå den 08.01 2013

Kære Astrid Krag, Minister for sundhed og forebyggelse,

Jeg skriver til dig i håb om, at du vil tage 300.000 syge danskeres risiko for at få en psykiatrisk diagnose alvorligt. Det drejer sig om mennesker, der i forvejen har en fysisk diagnose, men som med tiltag fra psykiatriens side risikerer, at deres fysiske diagnose konverteres til en psykiatrisk diagnose, idet deres fysiske lidelse er usynlig og ikke kan diagnosticeres med de eksisterende undersøgelsesmetoder. De usynlige lidelser er f.eks. whiplash, fibromyalgi, bækkenløsning, "hertesmerter", irriteret tyktarm, parfumeallergi. De fleste af patienterne er kvinder, hvorfor også indgår et ligestillingsaspekt i problemet.

Der er mange grunde til problemets alvor, som jeg vil forsøge at uddybe. Skal jeg nævne ét problem for at vække din interesse, er det, at Patientombuddet i to sager (om kvindelige patienter) har afgjort, dels at en af de psykiatriske diagnoser, som disse mennesker kan få, nemlig funktionel lidelse, ikke er en anerkendt diagnose, dels at det ikke er tilladt læger at ændre på diagnoser givet af andre læger – med mindre der foreligger en second opinion. Det er alvorligt, idet vi her taler om, at 299.998 andre patienter risikerer det samme, hvis der ikke sættes en stopper for det.

Professor, dr. med. og leder af Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser ved Aarhus Universitetshospital, Per Fink, beskæftiger sig med diagnoser, han selv og hans kolleger kalder funktionel lidelse, bodily distress syndrome samt helbredsangst. Funktionel lidelse er en selvopfundne psykiatrisk diagnose og en sammenblanding af flere anerkendte diagnoser. Bodily distress syndrome er Per Finks ligeledes selvopfundne forskningsdiagnose. I oktober 2012 fik han nemlig grønt lys for at indlede et forskningsprojekt om at give Imipramin (psykofarmaka) til mennesker med funktionelle lidelser på forsøgsbasis. http://www.cvk.sum.dk/~media/Files/cvk/godkendteprojekter/2011/Godk_oktober.ashx Sidstnævnte diagnose - helbredsangst – er også en ny diagnose, som Per Fink har lavet som erstatning for den mere negativt ladede diagnose hypokondri, og som han definerer således: "Helbredsangst er Bekymring eller optagethed af frygten for at have en alvorlig fysisk sygdom eller tanken om at blive ramt af sygdommen i fremtiden. Eller optagethed af andre helbredsbekymringer og intens opmærksomhed på kropsfunktioner og legemlige sensationer". Dette stammer fra følgende link, som er en vejledning udgivet af DSAM (Dansk Selskab for Almen Medicin) til læger, klinikpersonale, sagsbehandlere etc. http://www.dsam.dk/files/12/funktionelle_symptomer_og_lidelser.pdf som er en vejledning vedr. funktionelle lidelser

Eksempelvis er kroniske smertepatienter i fare for at få en af de tre ovennævnte diagnoser. Det synes, som om der ikke længere er en skarp grænse mellem det normale og unormale. Bekymring er forhåbentlig stadig at betragte som en naturlig reaktion på en svær situation?

I bogen "Funktionelle lidelser – diagnosticering og behandling" redigeret af Per Fink og Marianne Rosendal, udgivet på Munksgaard i 2012 tales der om flere diagnoser side 41 bl.a. om: "Factitious disorder og Münchausens syndrom. Bevidst selvpåført sygdom eller frembringelse/foregivelse af fysiske sygdomstegn eller symptomer uden et klart eksternt motiv (fx økonomisk gevinst eller for at undgå retsligt ansvar)". Dette er i modsætning til de øvrige tre nævnte diagnoser en ICD-10 diagnose, nemlig F68.1. Det betyder i praksis, at f.eks. en whiplashskadet, der søger erstatning efter en ulykke, kan få diagnosen Münchausens syndrom, hvilket står i nævnte bog. Da Trygfonden sponsorerer forskningsprojektet med 48 mill kr kan man næppe kalde det uvildig forskning.

Jeg er som før nævnt blevet bekendt med afgørelser på to klagesager vedrørende psykiatriske diagnoser indgivet til Patientombuddet. Lægen er den samme i begge sager – en speciallæge i psykiatri. I den ene har han givet en patient diagnosen funktionel lidelse, men undladt at redegøre for, hvad betegnelse funktionel lidelse dækker over og hvilke symptomer, der kunne danne grundlag for vurderingen. Ligeledes står der i klagesagen, "at begrebet funktionel lidelse ikke er en diagnose, som indgår i det officielle diagnosesystem (ICD-10), men en deskriptiv betegnelse, som dækker over flere forskellige sygdomsbilleder, hvor patienten har fysiske symptomer, som ikke kan forklares ved objektive fund". Og videre "Piet Casier burde have redegjort for hvad betegnelsen funktionel lidelse dækker over og hvilke symptomer, der kunne danne grundlag for vurderingen".

http://www.patientombuddet.dk/Afgoerelser_og_domme/Afgoerelser_fra_Sundhedsvaesenets_Disciplinernaevn/Afgoerelser_med_navn/2012/1294425.aspx

I den anden sag har lægen givet en patient diagnosen Sygdomsefterligning (Münchausen). Se ovenfor. Disciplinærnævnet udtaler "at ICD-10 diagnosen F68.1 sygdomsefterligning (helt eller delvist bevidst), er en sjælden tilstand som adskiller sig fra de funktionelle (somatoforme) tilstande ved, at handlingen er bevidst, men motivdannelsen er ubevidst. For at kunne stille diagnosen er det nødvendigt at have en tydelig og håndfast indikation for, at vedkommende påfører sig eller efterligner legemlige sygdomme og lyver herom". Og videre står der: " Disciplinærnævnet kan oplyse, at man i forbindelse med udfærdigelse af speciallægeerklæringer ikke bør tilsidesætte kollegaers faglige vurderinger i specialer, man ikke selv har specialfaglig indsigt i, uden at der foreligger en second opinion fra en anden speciallæge i det pågældende speciale. Det er på denne baggrund disciplinærnævnets vurdering, at det ikke var relevant af speciallæge Piet Casier, at anføre diagnosen sygdomsefterligning som diagnose på speciallægeerklæring."

http://www.patientombuddet.dk/Afgoerelser_og_domme/Afgoerelser_fra_Sundhedsvaesenets_Disciplinernaevn/Afgoerelser_med_navn/2012/1188425.aspx

Således er Patientombuddet og Sundhedsstyrelsen uenige. Sundhedsstyrelsen har på forespørgsel svaret på et spørgsmål, om Per Fink må anvende diagnoser, der ikke er med i ICD-10: "*Der skelnes generelt ikke mellem godkendte og ikke-godkendte diagnoser og læger på forskningsklinikken må anvende diagnoser under udvisning af omhu og samvittighedsfuldhed, jvnf. autorisationsloven.*"

Det synes, som om den psykiatisering der finder sted i Danmark i forhold til 300.000 mennesker, er i strid med lægers autorisationslov; men det synes også, som om den er i strid med borgernes rettigheder. Rousseau sagde om borgerrettigheder; "Så snart, at det er styrken, der skaber retten, ombyttes årsag med virkning; enhver styrke, som overstiger den første, tager dennes ret i arv. Så snart, at man ustraffet kan overtræde loven, er det lovligt, og da den stærkere altid har ret, drejer det sig blot om at sørge for at være den stærkeste". Dette er en præcis beskrivelse af, hvad jeg oplever, der sker, når mennesker risikerer at få en psykiatrisk diagnose. Den stærkeste har ret! Den svage kan intet stille op. Patienten har altid været at betragte som den svage i det danske sundhedsvæsen; men forholder det sig sådan i denne sammenhæng? Jeg mener, det er en krænkelse af den enkelt borgers rettigheder.

Af lethedens grunde vil jeg nøjes med at omtale Per Fink og kollegers psykiatriske lidelser som funktionelle lidelser i nedenstående.

Funktionelle lidelser defineres i DSAM's vejledning som " lidelser, hvor individet oplever legemlige

symptomer som påvirker den daglige funktionsevne eller livskvalitet, og hvor symptomerne ikke kan forklares bedre ved en anden veldefineret somatisk eller psykisk sygdom”.

Som tidligere nævnt er størstedelen af de patienter, der nu får diagnosen funktionel lidelse, kvinder; men uanset om det drejer sig om kvinder eller mænd, er deres borgerrettigheder truede. Patienterne har INGEN chancer for at gøre indsigelser eller modarbejde. En modarbejdelse opfattes nemlig som et sikkert tegn på, at patienten er psykisk syg. Ifølge DSAM's vejledning er patienten syg i endog svær grad, hvis han/hun vedvarende fastholder at have en fysisk lidelse.

Jeg har sågar hørt om sagsbehandlere, der både truer med og fratager patienterne deres overførselsindkomst, hvis de ikke enten lader sig undersøge af psykiater eller behandle med psykofarmaka.

Der er mange flere problematikker i "sagen":

1. Der er ingen evidens for hverken diagnoser eller for, at den behandling, der foreskrives, har effekt. "På en række områder vedr. funktionelle lidelser er evidensen imidlertid endnu sparsom, og vi har i disse tilfælde valgt også at formidle den erfaringsbaserede viden, som arbejdsgruppens medlemmer har kendskab til". Dette stammer også fra DSAM's vejledning. Al forskning, der tyder på, at patienterne kan have fysiske og ikke psykiatriske lidelser, "er undladt, hvilket fremgår af litteraturlisten i både DSAM's vejledning samt i bogen "Funktionelle lidelser – diagnosticering og behandling". Redigeret af Per Fink og Marianne Rosendal. Udgivet på forlaget Munksgaard i 2012. Der er udelukkende medtaget psykologisk og psykiatrisk litteratur. I bilag 1 kan du se eksempler på nyere forskning i nogle af lidelsernes fysiske aspekter
2. Alle patienter har i forvejen andre diagnoser. For eksempel kronisk smertetilstand, kronisk træthedssyndrom, encephalomyelitis, colon irritabile, "hjertesmerter", fibromyalgi, kronisk whiplash, bækkenløsning, el-overfølsomhed, infralyd overfølsomhed, kemisk intolerans. Atter jvnf. DSAM ovenstående vejledning. De hidtidige fysiske diagnoser ændres med et pennestrøg til en psykiatrisk.
3. Mange af de symptomer, der nævnes i vejledningen kan skyldes mange andre lidelser, f.eks. cancer gigt og diskusprolaps, men også f.eks. bivirkninger af medicin. Det er altså langt fra entydigt. Læge Morten Sodemann udtaler da også om DSAM's vejledning: "Hvis man anerkender at der findes en entitet som "funktionelle lidelser, er denne vejledning udmærket funderet og praktisk anvendelig; men desværre er problemet med begrebet funktionelle lidelser, at det oftest anvendes i tilfælde, hvor 1) lægen og patienten ikke kommunikerer særlig godt eller 2) lægen ikke har et overblik eller 3) hvor patienten ikke er godt nok udredt. Desværre er punkt 3) den hyppigste årsag, og en manual til at håndtere denne situation hjælper i så fald ikke ret meget". Se hans indlæg bilag 2 under Kritiske røster.
4. Der er lavet omfattende undervisningsprogrammer af lægerne, som ved hjælp af skuespillere har lært at få patienterne til at føle sig hørt, og derefter at overbevise dem om, at det, de fejler er psykisk og ikke fysisk. De kritiske røster forsøges affejet. Se bilag 3.
5. Med en psykiatrisk diagnose får man ikke nødvendigvis den smertebehandling, der er brug for. I stedet kan gives psykofarmaka. Smertestillende medicin kan fastholde patienten i at have en fysisk og ikke en psykiatrisk lidelse ifølge vejledningen fra DSAM og bogen "Funktionelle lidelser- diagnosticering og behandling".

6. Smerte, der ikke behandles kan føre til såkaldt sensibilisering, som igen kan føre til, at patienten bliver kronisk smertepatient. <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/tidligere-behandling-af-smerter-pa-vej/> Således kan psykiatiseringen skabe flere kroniske smertepatienter!
7. Patienterne udredes ikke nødvendigvis længere hos speciallæger. Blodprøver og en klinisk undersøgelse i praksis menes i hovedparten af tilfældene at være tilstrækkeligt. Med en psykiatrisk diagnose er hypotesen, at undersøgelser blot forværre tilstanden. "Undgå udredning, der ikke er indiceret på grundlag af objektive fund eller et veldefineret klinisk sygdomsbillede". Se vejledning fra DSAM. Om dette siger Morten Sodemann – se bilag 2 "Hvis en standard udredning ved uforklaret sygdom ikke giver svaret, så skal disse patienter netop undersøges af få og særligt uddannede specialister fordi en række (meget forskellige) lidelser ligner en funktionel lidelse (men er ikke funktionelle)".
8. Behandlingen af funktionel lidelse kan være samtaler med praktiserende læge, psykofarmaka, men også bl.a. kognitiv terapi, gruppeterapi og mindfulnessterapi. Om behandling med psykofarmaka siges i DSAM's vejledning: "Generelt er effekten af medicinsk behandling ved funktionelle lidelser i form af bodily distress syndrom ikke så veldokumenteret" og videre: "Der er i øjeblikket ingen lægemidler, der har funktionelle lidelser som registreret indikation. I det følgende formidles ekspertanbefalinger og evidens på området".
Om mindfulnessterapi står i samme kilde: "Nye metoder som mindfulness terapi og Acceptance and Commitment Therapy (ACT) kan have effekt, men dokumentationen er p.t. mangelfuld".
9. Forskningen på Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser er som tidligere nævnt sponsoreret med 48 mill kr fra Trygfonden, der bla. har interesse i at whiplashskade rubriceres som psykisk sygdom, således at de ikke er berettiget til erstatning efter en ulykke
Mange læger er desuden på medicinfirmaernes lønningslister. F.eks. er Imipramin (middel mod depression) et produkt med mange bivirkninger, som man faktisk af samme grund normalt sjældent anvender. Hvorfor så netop dette præparat? Det viser sig at 13 ud af 21 læger, der sidder i tre grupper under Sundhedsstyrelsen vedr. behandling af depression, ADHD og forhøjet kolesterol, er på medicinalfirmaers lønningslister. <http://www.metroxpress.dk/nyheder/lger-afslret-i-dobbeltrolle/KOBIID!npiPjLaKZH5U/> Se også bilag 3.
10. Der er ingen i hele Danmark, der vil tage sig af problemet. Ved henvendelser, henvises til andre. Det drejer sig om politikere, Sundhedsstyrelsen, Embedslægen, Ombudsmand etc. Det synes, som om der med "opfindelsen" af diagnosen funktionel lidelse er fundet en løsning på et problem med usynlige lidelser, der endnu ikke kan diagnosticeres med de undersøgelsesmetoder, der er til rådighed i Danmark i dag. Gruppen kaldes samlet af læger for "lægeshoppere" og storforbrugere af sundhedssystemet og ingen vil have med dem at gøre. Selv psykiatrien har ikke kapacitet til at behandle denne store patientgruppe. "Patienter med kroniske funktionelle lidelser vil kunne have udbytte af specialiseret behandling som fx kognitiv adfærdsterapi. Desværre findes et reelt behandlingstilbud til disse patienter kun meget få steder i landet, og indsatsen over for denne gruppe ligger derfor ind til videre også i almen praksis". Se DSAM's vejledning. Gad vide, hvorfor det så er dem så magtpålgende at give patienterne netop denne diagnose?
11. Patienter, der får diagnosen funktionel lidelse har ikke nødvendigvis en depression, men kan behandles med depressionsmedicin. Psykiater ledende overlæge ved Center for Psykiatrisk Forskning i Aarhus og professor i klinisk psykiatri samt specialist i depression Poul Videbech skriver i pro.medicin "Lette depressioner er vanskelige at afgrænse over for normalpsykologiske oplevelser

som sorg, pessimisme og almindelig tristhed og ved disse tilstande har antidepressiva ikke dokumenteret effekt". <http://pro.medicin.dk/Sygdomme/Sygdom/318201> Af samme link fremgår, at et af de grundlæggende kriterier for at stille diagnosen depression ud fra WHO's IDC-10 skala, er, at man kan udelukke organiske årsager.

I den medicinske histories nyere tid har mange lidelser været betragtet som psykiske, før man fandt den fysiske forklaring. Bl.a. er mavesår og astma blevet betragtet som psykosomatiske. Først i 1994 fandt man den bakterie, der fremkalder mavesår. Et andet mindre kendt eksempel er narkolepsi (pludselig og uimodståelig trang til at sove), som man indtil for få år siden betragtede som psykosomatisk. Nu ved man, at lidelsen er en arvelig autoimmun sygdom. Først når den fysiske årsag er afdækket, har patienterne kunnet få den rette behandling.

En del af historien er også, at psykolog Lise Ehlers' bøger "Ondt i livet" og "Store mænd og syge kvinder" har bidraget til den stigmatisering, der er sket overfor visse patientgrupper med usynlige og hidtil uforklarlige årsager i Danmark.

Min egen historie er et eksempel på, hvor galt det kan gå, når man med konkrete fysiske skader bliver betragtet som havende en funktionel lidelse i stedet. Dette er grunden til, at historien medtages her. Jeg har skrevet en bog om mine oplevelser, der hedder "Tag piskesmæld alvorligt. Forløb, erfaringer og rådgivning". Den blev udgivet på forlaget Bogan i 2010.

I 2002 blev jeg påkørt bagfra af en lastbil med 90 km/timen. Min bil blev "halveret". Både sæde og nakkestøtte brækkede. Efterfølgende fik jeg diagnosen whiplash og det "gode råd": Gå på arbejde og gør i det hele taget det, du plejer. Det havde den modsatte effekt; men trods svære nakkesmerter og andre særdeles ubehagelige symptomer, blev jeg først undersøgt af en neurokirurg 15 mdr. efter ulykken - og kun fordi jeg havde anlagt en erstatningssag. Der blev fundet skader i min nakke - løse ledbånd mellem 4.-6. nakkevirvel, discusprotusion og nedsat kraft i venstre arm.

Min egen læges syn på min lidelse som værende funktionel betød ud over ovennævnte, at jeg først 34 mdr. efter ulykken - igen i forbindelse med en speciallægeundersøgelse i forsikringsmæssig sammenhæng - fik konstateret frossen skulder i svær grad pga ulykken. Jeg skulle holde armen i ro i to år. Min læge havde ellers vejledt mig til at styrketræne kontinuerligt, hvilket jeg havde gjort - 3-4 gange om ugen. Dette forværrede min situation alvorligt. Men jeg vidste ikke, hvad jeg ellers skulle gøre. Hun ville ikke sende mig til nærmere udredning, og der var ingen råd eller vejledning at hente.

54 mdr. efter ulykken blev jeg på eget initiativ undersøgt af en tysk neurokirurg, som ved en funktionel undersøgelse med gennemlysning af min nakke konstaterede ustabil nakke med ledbåndsskader mellem kraniet samt 1. og 2. nakkevirvel. Anden nakkevirvel var desuden roteret 10 grader, hvilket betød at jeg fik tryk på rygmarven ved bestemte bevægelser. Derfor fik jeg foretaget en stabiliserende operation med stivgøring fra kraniet og ned til 3. nakkevirvel. En operationsmetode, der er kontroversiel i Danmark; men den hjalp mig. De værste af mine invaliderende problemer forsvandt som dug for solen og kom ikke tilbage. Efterfølgende har en dansk neurolog konstateret "miskendt rygmarvstryk". Pga den lange tid, der gik, før jeg blev behandlet sufficient med operation, resulterede det i, at jeg var lettere lammet i venstre side (hemiparetisk), havde blære- og tarmproblemer samt kramper i venstre ben, fødder og tæer m.m. som følge af tryk på rygmarven, der havde stået på i for lang tid.

For en ordens skyld må jeg fortælle, at den tyske læge, der opererede mig, havde anvendt en operationsmetode, man ikke længere anvender. Han havde undladt at lægge knoglemarv omkring de 11 skruer og 2 lange stænger, hvilket fik den konsekvens, at det hele efter tre år begyndte at løsne sig. I

sommeren 2012 fik jeg materialet fjernet på et privathospital i København. I dag har jeg massiv slidgigt i hele nakken, ligesom flere af bruskskiverne er slidt væk, hvilket giver nervesmerter ud i armen; men jeg er glad for mit liv. Var jeg ikke taget til Tyskland, var jeg enten død eller lammet fra halsen og ned.

Så galt KAN det altså gå, når man undlader at tage patientens fysiske symptomer alvorligt og i stedet har udgangspunktet, at alle med whiplashskade lider af en psykiatrisk lidelse.

Jeg har klaget til både patientklagenævnet og patienterstatningsnævnet, men har intet fået ud af det. Jeg fik at vide, at de involverede danske læger har handlet efter "best practice". Det synes "billigkøbt" med de erfaringer, jeg har i rygsækken og den invaliditet, der er blevet min følgesvend.

Jeg har dog som sagt et godt liv. Jeg er ikke hverken død eller lammet. Mine oplevelser er drivkraften i et ønske om at være med til at ændre det, der sker i Danmark. Min henvendelse til dig er et forsøg på at få en instans i tale, der vil se på sagen med "nye øjne" og være åben overfor det, jeg skriver.

Jeg ved, at andre lande har andre måder at agere på. I Sverige har de oprettet rehabiliteringsklinikker til genoptræning af whiplashskadede. Med gode resultater til følge. Efter fem år er de fleste i arbejde igen. I Danmark får folk i stedet en psykiatrisk diagnose og rigtig mange vedbliver at være uarbejdsdygtige resten af deres liv. For ikke at tale om, at manges livskvalitet kan "ligge på et meget lille sted".

Mine spørgsmål til dig er:

1. Hvordan sikrer man sig, at grænsen mellem normale reaktioner og en psykiatrisk lidelse ikke overskrides?
2. Hvem har ret - Patientombuddet eller Sundhedsstyrelsen – i, at man ikke kan "opfinde" en diagnose (jvnf. Patientombuddet)?
3. Hvad vil du gøre ved, at mange patienters diagnoser ændres, selv om de i første omgang er givet af specialister (jvnf. Patientombuddet)?
4. Hvad vil du gøre ved, at 300.000 borgeres rettigheder krænkes?
5. Hvordan vil du håndtere, at mange læger er ansat i medicinalfirmaer samtidig med at de f.eks. forsker?
6. Er det acceptabelt, at forskning som i dette tilfælde sponsoreres af ikke-uvildige aktører, men aktører med særinteresser i at psykiatrisere patienter?

Mit ærinde er ikke personligt, men på vegne af 300.000 danskere. Mit løb er kørt, og jeg magter ikke flere personlige sagsanlæg, som jeg ikke får noget ud af.

For en ordens skyld vil jeg fortælle, at jeg er uddannet sygeplejerske, har videreuddannelse fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet samt en 2 årig tillægsuddannelse som sygeplejefaglig vejleder. Jeg har i hovedparten af mit arbejdsliv været enten sygeplejelærer eller leder. I 2007 blev jeg desværre pensioneret. Efter operationen i Tyskland har jeg været meget aktiv i PTU – Foreningen af Polio-, Trafik- og Ulykkesskadede, men måtte af helbredsmæssige grunde stoppe i 2012. Men det skal ikke forhindre mig at opfordre dig til at gøre noget ved de skitserede problemer. Jeg er ikke stolt af at være dansk samfundsborger med den udvikling, der sker nu.

Med venlig hilsen og på forhånd tak for dit svar

Hanne Holst Rasmussen,
Brobjerg Parkvej 50,
8250 Egå

Tlf. 22569837 eller 86223657

Mailadresse: holstras@webspeed.dk

P.S. En lignende skrivelse er sendt til de sundhedspolitiske ordførere, sundhedsstyrelsen og til EU-parlamentet.

Bilagsoversigt:

- Bilag 1: Eksempler på forskning i whiplash samt i nogle af de andre fysiske lidelser, der konverteres til funktionelle lidelse.
- Bilag 2: Eksempler på, hvordan kritiske røster forsøges elimineret af Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser
- Bilag 3: Enkelte kritiske røster mod funktionelle lidelser

Bilag 1. EKSEMPLER PÅ FORSKNING

FORSKNING I WHIPLASH

Den finske forsker Raija Mikkonens har lavet godkendt forskning af funktionelle scanninger ved whiplashskade. Hun kan visualisere bl.a. svære ledbåndsskader og tryk på rygmarven i den øverste del af nakken. Specielt mellem 1. og 2. nakkehvirvel finder hun ofte skader. Skader, som ikke kan ses ved almindelig scanning, men kun under bevægelse. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807769/>

I Danmark har kiropraktor og ph.d Lars Uhrenholt forsket i afdøde. Ved dissektion har han fundet skader i nakken, som ikke kunne ses hverken ved almindelig obduktion eller med de undersøgelsesmetoder, der anvendes i dag. Kritikerne mener, at man ikke kan sammenligne døde med levende personer, idet muskelvænet hos levende måske medvirker til at undgå skader. At de skader, han har fundet, hverken har kunnet findes ved obduktion eller med eksisterende undersøgelsesmetoder, taler dog for sig selv.

Svenske læger på Smärtecentrum ved Akademisk sygehus i Uppsala har forsket i en ny metode til fotografering af usynlige smerter efter indsprøjtning af radioaktivt kontrast og efterfølgende undersøgelse via en såkaldt PET-metode i en almindelig scanner. Efter indsprøjtning af kontrast kan der således tages snitbilleder af nakken. Kontrasten "ophobes" i de områder, hvor den skadede har smerter og kan derved billedliggøres eller visualiseres.

Det er altså lykkedes forskerne at bevise, at patienter med smerter efter whiplash vitterligt har ondt. Undersøgelsesmetoden er først afprøvet på whiplashskadede, men afprøves nu også på patienter med f.eks. tennisalbue.

<http://jyllands-posten.dk/international/article4603127.ec>

En amerikansk forsker, dr. Ezriel E. Kornel, har i juli 2010 offentliggjort forskning i Spine Injury. Han har i foreløbige studier vha hjernescanning er fundet anatomiske forandringer hos 23% ud af 1200 mennesker, der havde været udsat for en whiplashtraume. De fleste havde en udposning, også kaldet Chiari malformation. En sådan misdannelse kan være ganske smertefuld og true patientens helbred i form af symptomer, der kan omfatte hovedpine, nakkesmerter, følelsesløshed, nedsat kraft og snurren i arm. I nogle få tilfælde kan der også være nedsat kraft i ben samt hjerne dysfunktion. " Dr. Kornel opfordrer alle, der får piskesmæld til at opsøge en læge med det samme!

<http://www.lipcon.com/news/new-study-finds-whiplash-caused-brain-injury-in-over-20-percent-of-cases.html>

Ny medicinsk forskning baseret på high-speed x-ray videobåndoptagelser af hvirvelsøjlebevægelse i simulerede kollisioner, viser at kompression og forskydning, som forekommer 25 millisekunder før hyperextension (overstrækning) kan forårsage skade på facetled. Selv ved lav hastighed.

Dette står i en bogomtale: Medical Proof of Whiplash af Michael R. Melton.

<http://www.jamespublishing.com/books/mpw.htm>

Facetled er de små led, der sidder mellem hvirvlerne. Skader på disse kan naturligvis afstedkomme smerter. Sådanne skader kan ikke ses på de undersøgelser, der kan foretages i Danmark i dag.

FORSKNING I NOGLE AF DE ANDRE FYSISKE LIDELSER, DER KONVERTERES TIL PSYKIATRISKE LIDELSER

Et forskerhold på Hillerød Hospital lige påvist en metode til kortlægning af hastigheden og passagen i tarmen. Man har således konstateret, at colon irritabile (irriteret tyktarm) med smerter, oppustethed, febertilstande etc. drejer sig om en delvis forstoppelse i tarmsystemet. Dette kan nu behandles fysisk. Med mindre patienten har nået at få diagnosen funktionel lidelse.

<http://www.dr.dk/P1/Sundhed/Udsendelser/2012/06/12142303.htm>

<http://www.hillerodhospital.dk/menu/Afdelinger/KirurgiskAfdeling/Behandlingstilbud/Tarmlaboratoriet/IrritabelTyktarm.htm>

44.000 mennesker i Danmark lider af glutenallergi, hvilket kan give mavesmerter. Kun 1 promille i Danmark undersøges herfor, mens langt flere undersøges i både Norge og Sverige.

<http://www.dr.dk/P1/P1Dokumentar/Udsendelser/2012/09/26165422> Mavesmerter er ifølge DSAM's skrift funktionel lidelse.

Tidligere har man antaget, at kun mennesker, der har fået påvist forsnævninger i kranspulsårer er i risiko for at få alvorlig hjertesygdom. Forskning på Bispebjerg viser nu, at det ikke er korrekt, og at langt flere kvinder har hjertesmerter uden forsnævninger. De er hidtil ikke blevet taget alvorligt!

<http://ekstrabladet.dk/kup/sundhed/article1789951.ecehttp://www.hjerteforeningen.dk/index.php?pageid=334&newsid=878>

"Hjertesmerter" er også medtaget under funktionelle lidelser.

BILAG 2 KRITISKE RØSTER

1. Rheumatolog og overlæge på Frederiksberg Hospital og forsker på Parker Instituttet Stine Amris. Hun

udtaler i magasinet Sundhed - det nye helsemagasin: "At møde patienter, der fortæller om voldsomme smerter, med en holdning om, at det nok er noget psykisk, og at de bare skal tage sig sammen! Det er en mistro, der virkelig trækker tænder ud." Hun fortsætter: "I stedet for at lytte til patienterne, bliver de mødt med forudindtagede meninger og sendt rundt i systemet til en stribe undersøgelser – og derefter skyder man dem i skoene, at de 'shopper' rundt til speciallægerne."

Også af socialforvaltninger møder ofte patienterne med mistro, fortæller Stine Amris: "Nogle er eksempelvis ude for at blive sendt til psykiatrisk vurdering, selv om de har fysiske smerter og ingen psykiske problemer."

<http://www.magasinet-sundhed.dk/sundhed/naar-kroppen-overfortolker-smerte.html>

2. Morten Sodemann, professor, lektor i Global Health ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet og leder af Indvandrermedicinsk og overlæge ved Infektionsmedicinsk afdeling ved Odense Universitetshospital skriver i følgende link:

http://www.dsam.dk/files/179/indvandrermedicinsk_klinik_odense_universitetshospital.pdf

"Hvis man anerkender at der findes en entitet som "funktionelle lidelser" er denne vejledning udemærket funderet og praktisk anvendelig.

Men desværre er problemet med begrebet funktionelle lidelser at det oftest anvendes i tilfælde hvor 1) lægen og patienten ikke kommunikerer særlig godt eller 2) lægen ikke har et overblik eller 3) hvor patienten ikke er godt nok udredt. Desværre er punkt 3) den hyppigste årsag og en manual til at håndtere denne situation hjælper i så fald ikke ret meget.

Patienter med kronisk træthedssyndrom udemærker sig ved ikke at være godt nok undersøgt for almindelige sygdomme og ved at diagnosen ofte stopper for en yderligere almindelig udredning og at de ofte er set af talrige marginale specialister uden intern medicinske kundskaber. Fra en infektionsmedicinsk synsvinkel er en funktionel lidelse udtryk for en dårligt udredt patient.

Patienter med funktionelle lidelser har sjældent været vurderet af relevante speciallæger, mens mindre relevante speciallæger ofte er konsulteret til overmål. Patienter der én gang har fået prædikatet "funktionel lidelse" bliver sjældent genstand for en standard objektiv undersøgelse, standard biokemi, psykiatrisk vurdering eller standard anamnese.

Eksempler på oversete sygdomme som: blødningsanæmier, allergi, laktoseintolerans, iskæmisk hjertesygdom, kronisk hepatitis, moderat depression, skjulte handicaps, ADHD, dysfunktionelle familier, tidlig omsorgssvigt eller Post Traumatisk Distress Syndrom blandt funktionelle lidelser er hyppige. Specielt sidstnævnte er en hyppig fejl blandt etniske minoriteter. Selvom det er besnærende at idømme f.eks. etniske patienter diagnoser som "etniske smerter", "kulturelt betingede symptomer" etc., så er de mest udtryk for mangelfuld anamnese og sparsom diagnostik. Forkerte diagnoser forsinker eller forhindrer korrekt behandling og reducerer patienters livskvalitet i årevis.

Hvis denne manual skal forebygge et behov for hospitals vurdering skal den i højere grad bygge på og tage højde for de hyppigste fejl i udredningen af disse patienter og typiske fejl i udredningen bør adresseres bedre i retningslinjen.

Jeg er ikke sikker på jeg er enig i at disse patienter skal udredes i praksis - det kommer jo an på en nærmere karakteristik: hvis en standard udredning ved uforklaret sygdom ikke giver svaret, så skal disse patienter netop undersøges af få og særligt uddannede specialister fordi en række (meget forskellige) lidelser ligner en funktionel lidelse (men er ikke funktionelle).

Grundholdningen i tilgangen til denne gruppe patienter må være at funktionelle lidelser er bekvemme diagnoser, men sjældent den korrekte diagnose og at målet må være at identificere en korrekt diagnose istedet for en diagnose der stort set er udtryk for den mindste fællesnævner".

3. Overlæge på Psykiatrisk Center København Peter W. Jepsen, som i en artikel i Ugeskrift for Læger nr, 49 3. december 2012 skriver om diskussionen om psykofarmaka i dagspressen: "Vi kan ikke afgrænse det

depressive, smerten, træthed, angst og sige, hvad der egentlig er sygdomme, og hvad der blot er variation over en menneskelig normaltilstand". Han sammenligner med feber for 100 år siden. Kinin hjalp på nogle, men først da man fandt malaria, fandt man ud af, hvorfor kinin ikke virkede på alle med feber. "Depression er på linje med feberen, for vi går galt i byen, når vi fokuserer på depressionen, ligesom lægerne i fortiden gik galt i byen, da de fokuserede på feberen som sygdom". "På samme måde vil det være med en lang række både somatiske, men nok særligt psykiatriske diagnoser", siger han og afslutter: "Derfor vil fremtidens læger se tilbage på både vores behandling af særligt psykiatriske lidelser (jeg vil her for egen regning tilføje funktionelle lidelser), men også den debat, der kører i øjeblikket om forbrug af ADHD- og depressionsmedicin og ryste på hovedet. Ingen kan jo i dag ædrueligt sige, om vi overbehandler eller ej. For det kan jo ikke afgøres, når vi ikke reelt kender sygdommene endnu. De vil se på os, som vi ser tilbage på de læger, der kaldte feber for en sygdom. Og ryste på hovedet".

4. Det viser sig at 13 ud af 21 læger, der sidder i tre grupper under Sundhedsstyrelsen vedr. behandling af depression, ADHD og forhøjet kolesterol, er på medicinalfirmaers lønningslister.

Professor Peter Gøtzsche, som er direktør for det uvildige forskningscenter Nordisk Cochrane Center siger til Ekstra Bladet: "Det er helt uacceptabelt, at det i så høj grad er læger, der er lønnet af industrien, som laver vores retningslinjer".

Lektor i forvaltningsret Sten Bønsing ved Aalborg Universitet siger ligeledes til Ekstra Bladet: "Jeg er forundret og overrasket over denne her praksis. Jeg kan ikke forstå, at det ikke er muligt at lave et system, som sikrer bedre imod sammenblandede interesser". Han efterspørger politisk indblanding.

<http://www.metroxpress.dk/nyheder/lger-afslret-i-dobbeltrolle/KOblID!npiPjLaKZH5U/>

BILAG 2 EKSEMPLER PÅ, HVORDAN KRITISKE RØSTER FORSØGES ELIMINERET AF FORSKNINGSKLINIKKEN FOR FUNKTIONELLE LIDELSER

I Ugeskrift for Læger i juni 2010 skriver Per Fink og to professorer - hhv en smertelæge, Troels Staehelin Jensen og en rheumatolog Henning Bliddal en leder om emnet funktionelle lidelser.

http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAAGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAAGER/TIDLIGERE_NUMRE/2010/UFL_2010_24/UFL_2010_172_24_1811

Normalt skrives en leder ikke af læger, men af en journalistisk chefredaktør. En leder er normalt et udtryk for det udgivende blads holdning. Derfor er det specielt, at tre læger får lov at lave en leder, hvori de oven i købet skriver:

"At afvise disse funktionsforstyrrelser som opspind er ikke blot arrogant, men en lægeholdning af den type kan føre til en uheldig læge-patientkommunikation og en mulig forværring af tilstanden. En forstyrrelse i de normale homøopatiske mekanismer, er integreret information om organismens fysiologiske status, kunne være medvirkende til en patologisk sensibilisering i en række områder af hjernen og dermed være starten på en kronisk invaliderende tilstand. Funktionelle tilstande bør både forskningsmæssigt og klinisk behandles med samme seriøsitet som andre sygdomme".

Diagnosen er selvopfundet, og der er ingen evidens for hverken lidelsen eller den diagnostik eller behandling, de foreslår; men de tillader sig at kalde andre for arrogante. Andre sygdomme omkonverteres ikke en ny, selvopfundet diagnose.

De skriver også, at det kan føre til en uheldig læge-patientkommunikation og en mulig forværring af tilstanden. Heri synes indlagt en trussel om, at deres uenige kolleger kan påføre patienten lidelse – en såkaldt iatrogen (lægefremkaldt) lidelse.

Den iatrogene lidelse nævnes også i DSAM's vejledning:

" Hvis man undlader at stille diagnosen funktionel lidelse, når kriterierne er opfyldt, risikerer patienten at blive kastebold mellem forskellige speciallæger, socialforvaltning osv., idet alle er usikre på hvad patienten fejler. Herved risikerer vi at udsætte patienten for iatrogen skade (lægefremkaldt skade) og forlænge sygdomsforløbet unødigt".

På Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelsers hjemmeside har jeg fundet dette citat: "Der flourer både fordomme og misforståelser i forhold til patienter med funktionelle lidelser, også blandt nogle læger. Dette bygger næsten altid på en manglende viden. Forskningsklinikken's ønske er, at alle læger vil blive i stand til at genkende patienter med funktionelle lidelser, når de møder dem, og behandle dem på det samme videnskabelige og evidensbaserede grundlag som de behandler andre patienter".

<http://funktionellelidelser.dk/for-fagfolk-forskere/intro/>

Problemet er blot, at der hverken findes videnskabeligt eller evidensbaseret grundlag for hverken at lidelsen eksisterer eller at behandlingsforslagene har en effekt.